



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO**

AUTORA: LÊA LENISIA RODRIGUES LOPES Nº 2572

Mindelo, Novembro de 2015

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, em Novembro de 2015.

Discente:

Lêa Lenisia Rodrigues Lopes

Acolhimento ao utente:

Atividade Facilitadora do Processo de Hospitalização.

Orientadora:

Dr.^a Jerícia Lopes

Mindelo, Novembro de 2015

DEDICATÓRIA

Por todo o trajeto cursado, nada mais justo de que dedicar este trabalho a minha filha, como forma de retificar a minha ausência durante estes anos de estudos. Dedico-lhe este trabalho simbolizando a minha máxima gratidão pela sua existência convertendo-se em força, principalmente nos momentos mais trabalhosos de todo este percurso acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa o alcance de um objetivo bem definido. É resultado do esforço, trabalho, dedicação e interajuda que se mantiveram sempre presentes ao longo deste percurso de licenciatura. Assim, é indispensável expressar os mais profundos e sinceros agradecimentos aos que sem o seu apoio, isso não seria possível.

Primeiramente agradeço as forças do astral superior pela presença constante em minha vida. Agradeço aos meus familiares no geral, pelo apoio nele encontrado ao longo desses quatro anos. Um agradecimento especial a minha irmã Juliana Lopes, que se prontificou em apoiar me desde sempre.

Expresso a minha imensa gratidão a orientadora, Dr. Enfermeira Jerícia Lopes, pela disponibilidade, eficiência e agradável orientação. Agradeço também a professora Maria Auxiliadora Dias pela disponibilidade concebida no início do trabalho.

Agradeço imensamente, aos Enfermeiros e demais profissionais envolvidos neste percurso, pelo apoio prestado durante o desenrolar dessa caminhada, e ainda um agradecimento especial a aqueles, que disponibilizaram a participar neste estudo possibilitando a conclusão do curso almejado.

Por fim, não poderia deixar de expressar um profundo agradecimento aos meus colegas de turma, em especial à Soraia Monteiro, ao Centro de juventude de São Vicente, à Universidade do Mindelo e a Coordenação do curso, enfim a todos que contribuíram, direta ou indiretamente para o alcance deste objetivo.

EPÍGRAFE

“Os momentos específicos da transição, qualquer que seja a esfera da vida social, são geradores de incertezas, inseguranças e angustias, e nenhum dispositivo de formação pode camuflar essa realidade, mas pode, no entanto, ajudar a proporcionar a construção de estratégias facilitadora de integração (...)”

Mestrinho, (2000)

RESUMO

O trabalho intitulado Acolhimento ao utente: Atividade facilitadora do Processo de Hospitalização tem como objetivo geral descrever a percepção dos enfermeiros da enfermaria do serviço de Medicina do Hospital Baptista Sousa quanto a atividade de acolhimento ao utente face a hospitalização.

O acolhimento ao utente enquanto atividade de enfermagem, diária nas instituições de saúde, exige o devido ressalto, pela enorme relevância que acarreta como sendo o acontecimento decisivo, na avaliação do utente em relação ao serviço prestado. Constituindo-se em uma tarefa rotineira em qualquer hospital do mundo, necessita ser realizado com a mais alta eficiência possível, pela sua importância no processo de hospitalização.

Atualmente nota-se um aumento dessa tarefa, evidenciada por tendência progressivos de utentes que procuram os serviços de saúde e consequentemente a respetiva hospitalização. Portanto, importa investigar acerca do acolhimento, uma vez que este deve promover a facilitação do processo da hospitalização, suportando um cuidado humanizado.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo exploratório e de paradigma fenomenológico, cujo método de recolha de dados selecionado é a entrevista estruturada a qual foi aplicada a 6 enfermeiros do serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

De forma geral os resultados demonstram que os enfermeiros participantes do estudo possuem um conhecimento científico, amplo e complexo acerca do acolhimento ao utente face a hospitalização, ainda apercebe-se que de entre os potenciais fatores interferentes ao realizar do acolhimento, destacam-se os recursos de natureza humana e material, afetando o desempenho profissional. Os resultados também demonstram que os enfermeiros possuem autonomia total e consciente, aquando da necessidade de intervir em prol da minimização do impacto da hospitalização no utente.

Constata-se a grande importância atribuída ao acolhimento ao utente, pelos vários benefícios identificados, sublinhado o favorecimento da qualidade dos cuidados prestados. Os resultados evidenciam claramente o acolhimento como uma atividade facilitadora do processo de hospitalização.

Palavras-chave: Acolhimento em enfermagem, Processo de hospitalização, Cuidar em enfermagem, Humanização dos cuidados

ABSTRAT

The work entitled Reception to the patient: Facilitative activity of the Process of Hospitalization has as general objective to describe the nurses' of the infirmary of the service of Medicine of the Hospital Baptista Sousa perception as the reception activity to the patient towards the hospitalization.

The reception to the patient while nursing activity, daily rate in the institutions of health, demands the due projection, for the enormous relevance that carts how the decisive event being, in the evaluation of the patient in relation to the rendered service. Being constituted in a routine task in any hospital of the world, he/she needs to be accomplished with the highest possible efficiency, for his/her importance in the hospitalization process.

Now note if an increase of that task, evidenced by tendency progressive of patients that you/they seek the services of health and consequently the respective hospitalization. Therefore, it imports to investigate concerning the reception, once this should promote the facilitation of the process of the hospitalization, supporting a humanized care.

It is a study of qualitative approach, of the exploratory descriptive type and of paradigm phenomenological; whose method of it collects of data selected is the structured interview, which was, applied 6 nurses of the service of Medicine of the Hospital Dr. Baptista of Sousa.

In a generic way the results demonstrate that the participant nurses of the study possess knowledge scientific, wide and complex concerning the reception to the patient face the hospitalization, he/she still notices that of among the potentials factors interfering when accomplishing of the reception, they stand out the resources of human and material nature, affecting the professional acting. The results also demonstrate that the nurses possess total and conscious autonomy, at of the need of intervening on behalf of the minimization of the impact of the hospitalization in the patient.

The great importance is verified attributed to the reception to the patient, for the several identified benefits, underlined the fostering of the quality of the rendered cares. In short, those results evidence the reception as a facilitative activity of the hospitalization process.

Works Key: Reception in nursing, hospitalization Process, to Take care in nursing, Humanization of the cares.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| JUSTIFICATIVA/PROBLEMÁTICA | 12 |
| CAPÍTULO I - FASE CONCEPTUAL..... | 17 |
| 1.1 O Processo de Hospitalização | 18 |
| 1.2 Acolhimento em Enfermagem | 21 |
| 1.3 Processo de enfermagem ao utente hospitalizado | 23 |
| 1.4 Humanização dos Cuidados fator efetivo para o processo de acolhimento | 28 |
| 1.5 Relação Interpessoal de Ajuda no processo de acolhimento..... | 29 |
| 1.6 Comunicação como estratégia simplificadora do processo de acolhimento | 31 |
| 1.7 Qualidade em enfermagem na Prestação dos Cuidados..... | 32 |
| 1.8 Cuidar em Enfermagem | 35 |
| CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA | 37 |
| 2.1 Tipo de Estudo | 38 |
| 2.2 Método e Instrumento de Recolha de Informações | 39 |
| 2.3 Procedimentos Éticos | 40 |
| 2.4 Campo Empírico | 41 |
| 2.5 População Alvo | 42 |
| CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA | 45 |
| 3.1 Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados..... | 46 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 59 |
| RECOMENDAÇÕES | 62 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |
| LISTA DE APÊNDICES | 68 |
| APÊNDICE I: Processo de enfermagem ao utente hospitalizado..... | 69 |
| APÊNDICE II: Requerimento..... | 72 |
| APÊNDICE III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 73 |
| APÊNDICE IV: Guião de Entrevista | 74 |
| APÊNDICE V: Projeto interventivo de acolhimento..... | 76 |
| LISTA DE ANEXOS | 81 |
| ANEXO I: Quadros de dados do Relatório Nacional de Estatística 2013 | 82 |
| ANEXO II: Termo de Identificação Universidade do Mindelo..... | 85 |
| ANEXO III: Folha de Colheita de Dados de Enfermagem do H.B.S | 86 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem, lecionado na Universidade do Mindelo, referente ao período letivo 2011/2015. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Acolhimento ao utente: atividade facilitadora do processo de hospitalização que tem como propósito o desenvolvimento de uma investigação científica que garante a obtenção do grau de Licenciatura.

A escolha do tema remete-se a observações feitas ao longo dos ensinamentos clínicos, onde percebeu-se a forma como é feita o acolhimento ao utente nas enfermarias do Hospital Baptista de Sousa (HBS).

Sabe-se que acolhimento é o primeiro passo para garantir uma boa continuidade de cuidados aos utentes face à hospitalização uma vez que este deve ser realizado de forma a atender às necessidades do utente, evidenciando o seu caráter holístico, para que se facilite o processo de cuidar, garantindo a satisfação plena deste. Pois o acolhimento como atividade facilitadora do processo de hospitalização dá continuidade a um cuidado humanizado, desde do início do dito até à alta hospitalar.

Portanto torna-se pertinente abordar a temática em questão uma vez que possibilita o entendimento da importância do mesmo tanto a nível pessoal como profissional. Não obstante a isso, constitui uma possibilidade de aprofundar enriquecer os conhecimentos de modo a ganhar preparação para a vida futura, enfatizando a busca ao aperfeiçoamento de atividades de enfermagem em prol da qualidade dos cuidados prestados, além de constituir uma abordagem pioneira no campo empírico.

O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos bem definidos: a fase conceptual, a fase metodológica e fase empírica. A fase conceptual está constituída pelos principais conceitos chave apresentada pela revisão bibliográfica acerca do tema em estudo.

A fase metodológica remete-se a todo o percurso metodológico, o tipo de estudo, a abordagem utilizada nesta investigação, o método de recolha de informações, os aspetos éticos procedidos para a realização do estudo, a população alvo, e ainda a apresentação do campo empírico do estudo. Relativamente à fase empírica, esta comporta o tratamento, análise e apresentação discursiva dos resultados encontrados.

Ainda relativamente à estrutura encontrar-se-á as considerações finais, recomendações, as referências bibliográficas, a lista dos apêndices e anexos.

É de realçar ainda que o presente trabalho de investigação científica foi redigido e formatado tendo em conta as normas de redação e formatação de trabalho científico propostas pelo Doutor Albertino Graça, manual introdução á investigação científica: guia investigar e redigir, lançado no ano 2004, pela Universidade do Mindelo.

JUSTIFICATIVA/PROBLEMÁTICA

A abordagem ao tema deriva-se do fato deste constituir uma preocupação enquanto futura enfermeira em que no decurso dos ensinamentos clínicos em meio hospitalar, considerou-se o momento de admissão de um utente num serviço para a sua hospitalização, como um dos momentos mais importantes no decorrer de todo este processo, na medida em que este representa o início de uma nova experiência, num ambiente totalmente diferente do habitual do utente na sua globalidade.

Assim sendo, além de interesse pessoal em aumentar os conhecimentos em torno do tema, importa ainda referir que este comporta uma enorme importância a nível da qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, tanto no processo de hospitalização assim como em toda a instituição de saúde.

A hospitalização repercute significativamente na vida utente, isto nota-se pelo comportamento adotado no serviço onde está hospitalizado. Neste sentido Almeida, Rodrigues e Simões (2007, p. 2) afirmam que “a hospitalização pode ser entendida como a admissão e permanência em um estabelecimento hospitalar, seja a instituição pública ou privada, aparelhado com todos os recursos para o tratamento dos doentes.”

Deste modo, segundo Silva (2010, p. 23) “o momento do internamento representa para a maioria dos doentes uma nova experiência, principalmente, pelo facto de ser um meio totalmente desconhecido, pelo que se torna importante que os enfermeiros estejam atentos ao componente psicológico no decorrer deste processo”.

O acolhimento ao utente surge aqui como uma das atividades de enfermagem crucial na facilitação desse processo, uma vez que estas se definem, segundo Bulechek, Butcher e Dochterman (2010, p. xxv) como “comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado. As actividades de enfermagem estão num nível concreto de acção”.

Na perspectiva de Silva (2010, p. 35) o acolhimento tem como finalidade:

“por um lado, ajudar o doente e família a eliminar sentimentos negativos que possam surgir e, por outro, permitir aos enfermeiros dar informações sobre questões que os preocupam, bem como sobre aspectos da organização da instituição e do serviço que deve conhecer para se sentir seguro”.

Já a definição de acolhimento, esta é entendida por Schneider, Manschein, Ausen, Martins e Albuquerque (2008, p. 83) como sendo “ (...) uma ação técnica-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/utente e a sua rede social através de

parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o utente como sujeito participativo no processo de produção da saúde.”

É de realçar que o acolhimento a um utente, para além de ser um dos momentos únicos, em todo o processo de hospitalização, constitui o início da inter-relação entre o enfermeiro ou a equipe de enfermagem e o utente e sua família, em que a comunicação apresenta-se como sendo uma das competências fundamentais no decorrer deste processo.

Portanto, para Santos (2000, p. 99) “o bom acolhimento é o primeiro passo para a recuperação da saúde, dado o efeito que produz no utente, sendo também a primeira condição para a humanização dos serviços de saúde”. Em reforço, à ideia Schneider, *et al* (2008, p. 28) afirma que “ (...) compreendemos que para efetivar o acolhimento, na prática, a equipe de saúde deve estar apta a estabelecer uma relação humanizada com o paciente/família”.

Desde sempre tem-se deparado com várias transformações na área de saúde, em prol de melhorias na prestação dos cuidados, assim é de extrema importância descrever a perspectiva do enfermeiro no que diz respeito ao acolhimento do utente, sendo esta uma atividade que quando bem executada, enaltece a qualidade dos cuidados prestados.

Nota-se, ainda atualmente, grande ênfase à humanização dos cuidados, daí que investigar essa temática é contribuir para as exigências da enfermagem atual, sendo que a forma como o enfermeiro realiza o acolhimento, deve adequar-se às características e necessidades da pessoa a ser acolhida.

Por outro lado, existem fatores pré-disponíveis à realização de um acolhimento de forma inadequada, tais como um ambiente turbulento, acompanhado por défice de recursos quer humanos, quer materiais ou de qualquer outra natureza. Estes recursos repercutem no desempenho do profissional de enfermagem, uma vez que são desencadadores de instabilidade e constrangimentos, provocando sensações estressantes, exaustão laboral, entre outras situações desfavoráveis para que se realize um satisfatório acolhimento.

O tema em estudo possibilita entender as reais necessidades, implicações, limitações e vantagens, a esse respeito, de modo a identificar estratégias de melhorias no tocante à prestação dos cuidados de enfermagem face ao processo de hospitalização de um utente. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que está diariamente com o utente, este deve estar dotado de conhecimentos técnicos e científicos, das necessidades do utente.

O processo de hospitalização é um acontecimento constante e comum em toda a instituição de saúde. A procura diária pelos serviços exige a capacitação do enfermeiro perante a primeira abordagem ao utente face a sua hospitalização, uma vez que como referido anteriormente, este tem uma função primordial na melhoria da qualidade dos cuidados, podendo assim contribuir para um cuidar de excelência, evidenciado pela satisfação do utente.

Os dados estatísticos de cabo verde obtidos através do Relatório Nacional Estatístico 2013 (Anexo I) mostram que, os números de doentes internados, nos serviços de enfermarias dos hospitais centrais têm sido de uma forma geral, significativos realçando assim o acolhimento ao utente como sendo uma atividade de grande afluência nestes serviços.

Em relação ao HBS sendo um dos dois hospitais centrais do país, este recebe um número relevante de utentes diariamente nas enfermarias, uma vez que abarca toda a região do Barlavento. Segundo os dados estatísticos, nos últimos anos tem havido um acréscimo nas taxas de ocupação neste hospital. Referente aos valores totais destas taxas relativos a soma das enfermarias, constata-se que em 2010 o percentual foi de 67,0%, em 2011 esteve nos 65,9%, aumentado em 2012 para os 74,6%, chegando aos 78,0% em 2013 e em 2014 para os 78,9%, conforme demonstra o quadro 1.

Quadro1:Taxa de Ocupação das enfermarias do HBS de 2010 á 2014.

| Enfermarias do HBS | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Medicina | 70.5% | 72.6% | 89.3% | 90.2% | 97.1% |
| Pediatria | 41.4% | 37.4% | 61.6% | 49.7% | 50.9% |
| Gineco- Obstetrícia | 74.8% | 76.5% | 76.3% | 84.3% | 90.9% |
| Cirurgia | 71.1% | 75.8% | 84.5% | 91.4% | 83.2% |
| Psiquiatria | 73.2% | 70.8% | 39.1% | 62.3% | 82.2% |
| Orto-Traumatologia | 76.4% | 69.5% | 71.7% | 69.9% | 60.3% |
| Tisiologia | 27.6% | 71.7% | 27.1% | 33.9% | 23.1% |
| Quartos particulares | 47.2% | 45.2% | 56.6% | 67.8% | 51.4% |
| Unidade de Cuidados Especiais | 84.5% | 78.2% | 72.7% | 83.1% | 93.6% |
| Total | 67.0% | 65.9% | 74.6% | 77.8% | 78.9% |

Fonte: Serviço de Estatística HBS 2015

Conforme o quadro, a taxa de ocupação das enfermarias do HBS de 2010 á 2014 tem mantido constantemente elevados e há uma tendência para o aumento progressivo

das mesmas. Sendo assim a enfermaria de medicina destaca-se como a maior taxa, de ocupação, cujos valores ultrapassam o total médio de todas as enfermarias desde 2010 com os 70,5% até 2014 com os 97,1%.

Deste modo o quadro 2 expõe sumariamente a situação da enfermaria de Medicina, demonstrando os valores relativos a hospitalizações efetuadas ao longo do ano mais recente, portanto 2014, pelo qual pode-se constatar conforme o valor da estadia média apresentada, o processo de hospitalização dura em torno dos 14 dias neste serviço.

Quadro 2: Sumário histórico de hospitalização no serviço de Medicina relativamente ao ano 2014

| Ano 2014 | Nº Camas | Total pessoas Internadas | Dias Hospitalização | Estadia Média | Taxa Ocupação |
|---------------------|----------|--------------------------|---------------------|---------------|---------------|
| Serviço de Medicina | 38 | 956 | 13461 | 14.1 | 97.1% |

Fonte: Serviço de Estatísticas HBS 2015

Tendo em conta os dados apresentados e a ¹inexistência de um padrão concreto para a realização do acolhimento em enfermagem ao utente face a sua hospitalização, (apesar de este ser uma atividade diária, geralmente realizada de forma sucinta e autor criativa a cada enfermeiro). É pertinente saber qual a perceção dos enfermeiros que trabalham na enfermaria de medicina do HBS relativamente a actividade do acolhimento ao utente face a hospitalização, uma vez que esta atividade comporta aspetos decisórios na estadia do utente na enfermaria em que se encontra até a sua recuperação.

Partindo do princípio de que a cada momento de hospitalização pressupõe o devido acolhimento ao utente e sendo uma atividade de enfermagem do quotidiano em todo o serviço de enfermaria, considera-se que o acolhimento de enfermagem ao utente, quando bem realizado, isto é atendendo a todas as necessidades individuais e personalizados do utente, pode contribuir para a facilitação do processo de hospitalização. Esta facilitação advém do modo de proceder visando o benefício mutuo entre os entes envolvidos neste processo, portanto o utente na sua natureza holística e a equipe de profissionais.

Sendo assim o trabalho tem por objetivo geral: descrever as perceções dos enfermeiros que trabalham na enfermaria de medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa quanto a atividade de acolhimento do utente face a hospitalização.

¹ Informação fornecida pelo superintendente de enfermagem em Abril de 2015.

De modo a alcançar o objetivo geral delineou-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a percepção dos enfermeiros da enfermaria do serviço de medicina quanto a atividade do acolhimento ao utente face a hospitalização;
- Enumerar os potenciais fatores que interferem na realização de atividade de acolhimento ao utente no serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa;
- Verificar a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de medicina quanto ao acolhimento como actividade facilitadora do processo de hospitalização;
- Descrever as intervenções de enfermagem, desenvolvidas durante o processo de acolhimento ao utente face a hospitalização no serviço de Medicina.

Para a efetivação e orientação do estudo investigativo, levanta-se a seguinte questão: que percepções possuem os enfermeiros que trabalham na enfermaria de Medicina do HBS quanto a atividade de acolhimento ao utente face a hospitalização?

CAPÍTULO I – FASE CONCETUAL

A propósito do enriquecimento e fundamentação teórica do estudo investigativo, torna-se necessário a abordagem à aspetos concetuais considerados chave, assim como, o processo de hospitalização, o acolhimento em enfermagem, o processo de enfermagem e o cuidar em enfermagem.

Além disso, pretende-se, ao longo do capítulo apresentar outros aspetos importantes ao desenvolvimento do tema, nomeadamente, humanização dos cuidados prestados, relação interpessoal de ajuda, comunicação em enfermagem, e qualidade dos serviços prestados, enquanto instrumentos essenciais dos cuidados.

1.1 O Processo de Hospitalização

Abordar o tópico do acolhimento pressupõe primeiramente abordar a hospitalização uma vez que o acolhimento consiste na primeira etapa desse processo. A Hospitalização é entendida como um processo tendo em conta as fases que decorrem ao longo da mesma, em que o utente como ser holístico está sujeito ao impacto nas mais variadas esferas do seu todo que a mesma produz, desde o momento de entrada no serviço, até a alta hospitalar.

Conforme Silva (2010, p. 21), o internamento hospitalar tem um grande impacto no utente, na medida em que este “ (...) se separa da sua casa, amigos e família, apesar de por vezes, essa situação ser por um curto espaço de tempo, leva a alterações na sua forma habitual de vida”.

De acordo com Sorensen e Luckmann (1998, p. 482-483) “a admissão no serviço hospitalar de cuidados a doentes agudos pode representar um acontecimento stressante. Frequentemente, os utentes sentem-se ansiosos ainda que não aceitam perante si ou perante outro. A ansiedade decorre do desconhecido”.

Ainda Silva, (2010, p. 23) afirma que “a hospitalização, como consequência da doença, pode tornar-se uma ameaça às necessidades individuais de segurança e identidade, sujeitando-se o doente a um *stress* psicológico ou ansiedade”.

Assim sendo e de acordo com Bennett:

“o internamento hospitalar é geralmente considerado uma experiência stressante...Esta situação encerra não apenas uma ameaça potencial a saúde, mas também a incerteza sobre os tratamentos, a dor e o desconforto associados e

implica o afastamento do lar, a perda de controlo das funções quotidianas e da privacidade e a dependência de terceiros” (Bennett 2002, p. 111).

Assim, Silva (2010, p. 23), “numa situação de hospitalização, o papel do doente nem sempre é aceite por ele próprio, podendo levar o indivíduo a refugiar-se numa atitude de submissão e de expectativa passiva (...)”. Portanto, a autora afirma que “o futuro desconhecido, a autoimagem efectivamente desfigurada, os projectos eventualmente adiados ou até abandonados, são perturbadores da auto imagem”.

Esta situação é frequentemente vista de diversas formas, levando em consideração que cada o indivíduo encara esse processo de forma diferente, consoante a representação que a hospitalização representa para cada um. São vários os comportamentos que decorrem deste processo gerando, portanto, uma situação de crise ao utente. Sendo que esta consiste numa situação de estado psicológico agudo e ineficaz em que os mecanismos habituais de adaptação da pessoa estão alterados.

Nesta linha de pensamento, Phaneuf (2002, p. 526) refere que “quando esta se debate com um desequilíbrio entre a dificuldade de um problema e o repertório das suas capacidades interiores da maestria, pode desencadear-se uma crise que provoca uma desorganização do comportamento”.

Em concordância com a ideia, Bennett (2002, p. 112) realça que:

“o bom comportamento, ou o comportamento passivo, definido em termos de passividade conformada, pode reflectir um determinado grau de desamparo aprendido ou de depressão(...), o mau comportamento definido pela procura constante de informação e queixas aos profissionais de saúde pode reflectir elevados níveis de ansiedade ou de preocupação acerca do diagnóstico ou do tratamento”.

Esses comportamentos estão relacionados com meio hospitalar e com a relação existente entre os enfermeiros e os utentes o que pode resultar numa melhoria ou complicações dos problemas.

Deste modo, Sorensen e Luckmann (1998, p. 483) realçam que no momento de admissão, “a enfermeira pode ter um papel decisório na redução da ansiedade (...) pode-se aliviar se lhe der orientação sobre o serviço de internamento. Para a maioria das pessoas aquilo que se conhece é muito menos ameaçador do que aquilo que é desconhecido”.

Sendo assim, pelas competências que o profissional de enfermagem possui, este deve ser capaz de identificar esses comportamentos, desde o momento de acolhimento, visando intervir em prol das necessidades do utente.

Esta deve ser uma presença constante e representativa de apoio e ajuda ao utente uma vez que são vários os sentimentos que estão subjacentes a esse processo. Através

desse apoio o enfermeiro consegue avaliar esses sentimentos e prevenir complicações tanto físicas como psicológicas e sociais.

Pois segundo Busquets *apud* Silva, (2010, p. 24) “ (...) a hospitalização é uma situação que pode aumentar a depressão estando presente a sensação de perda das suas funções habituais e das suas relações interpessoais. Pelo facto de não conseguir realizar as suas rotinas habituais, sente-se inválido na sua intimidade”.

Este processo torna mais fácil ou mais difícil tendo em conta a experiência vivenciada pelo utente e de acordo com Silva (2010, p. 22) “a vulnerabilidade, frequentemente, é sentida como um retrocesso, e tanto mais difícil de se adaptar à nova situação quando anteriormente experimentou o sucesso, sem ficar prisioneiro pelas limitações impostas pela doença”.

Completando, Sorensen e Luckmann (1998, p. 487) afirmam que a “ maior parte dos utentes admitidos no hospital têm certas expectativas, geralmente fundamentadas em experiencias prévias e a maior parte encontra-se em estado de ansiedade. A ansiedade pode ser reduzida por um acolhimento (...) e uma orientação mais pormenorizada da unidade”.

Assim realça-se mais uma vez, a importância do enfermeiro nesse processo de hospitalização, uma vez que é o profissional que está mais próximo do utente e da sua família. Para Hesbeen (2001, p. 23) “o encontro entre alguém que cuida e alguém que é cuidado persegue um objetivo bem preciso, o de conseguir que esse encontro tenha como resultado criar laços de confiança”.

O enfermeiro atua não só a nível individual do utente hospitalizado mas também servindo de ligação entre este e seus familiares a partir do acolhimento. Não obstante a isso Relvas e Gorge (2004,p.175) ressalta que “os enfermeiros têm um papel fundamental no sentido de ajudar a família a mobilizar as estratégias de *coping* que lhe permitem lidar de uma forma positiva com a situação (...) no sentido de promover o crescimento familiar e evitar o risco de disfuncionamento”.

Adindo a essa perspectiva, Hesbeen (2001,p. 30) enfatiza que “a dupla função de perito e de conselheiro, do prestador de cuidados, é exercida igualmente junto dos familiares envolvidos na situação. Nalguns casos a ansiedade, a preocupação e o sofrimento que sentem são tão grandes ou maiores que o próprio doente”.

Para que o enfermeiro possa ajudar os utentes e os seus familiares este deve estabelecer essa relação no momento de acolhimento, isto é, no momento de admissão do utente no serviço.

1.2 Acolhimento em Enfermagem

Toda a hospitalização requer acolhimento individualizado e personalizado, de forma a garantir que o utente sinta minimamente confortável para que a partir daí possa originar uma relação de confiança mútua.

Conforme, Sorensen e Luckmann (1998, p. 482) “possivelmente mais que qualquer outra atividade, que afeta a percepção da pessoa em relação ao internamento é a visão da forma como foi atendida que prevalece”.

Assim, segundo Silva (2010, p. 31), “o conceito de acolhimento em enfermagem pode definir-se como a relação estabelecida com o doente que se inicia no momento da admissão no serviço”. Embora, Santos (2000, p. 100) enfatiza que:

“este conceito pode pois ter contornos mais amplos ou mais estreitos, de acordo com a formação, a educação e o conhecimento das pessoas. Dentro dele cabem perfeitamente a sensibilidade à dor dos outros, ao sofrimento alheio, à indigência ou à solidão, a disponibilidade para ouvir os outros, o compartilhar das suas preocupações e angústias procurando minimizá-las”.

Exemplificando, Sorensen e Luckmann (1998, p. 483) notificam que “ para aliviar os sentimentos de impotência e perda de autocontrolo, pode se ao explicar os cuidados a prestar e ajudar o utente como colaborar no planeamento dos mesmos”.

Nessa perspetiva, Silva (2010, p. 31) ainda acrescenta que acolhimento, “não é um acto pontual, este inicia-se no momento da admissão do doente e prossegue no dia-a-dia, aquando a prestação de cuidados de enfermagem. Para os enfermeiros, acolher é o iniciar de uma relação que se pretende de ajuda”.

É imprescindível que o profissional esteja ciente de que o primeiro contato constitui um ato decisório para o prosseguir do processo de hospitalização, daí que é necessária uma atenção individual e personalizado a cada utente.

Na perspetiva de Santos (2000, p. 100) “o acolhimento é um factor primordial que pode levar à aceitação ou rejeição”. A esse respeito, Martins apud Santos (2000, p. 101) salienta que “ (...) as condições de atendimento são fundamentais na humanização e, em geral devem ser planeadas detalhadamente para garantir o bem - estar do utente e da família e evitar consequências prejudiciais resultantes das condições em que é realizado o tratamento”.

Deste modo, Neto, Nunes, Fernandes, Barbosa e Carvalho, (2013, p. 527), destacam como os principais fatores que dificultam a prática do acolhimento de forma

humanizada “(...) a estrutura física inadequada, falta de recursos materiais, número insuficiente de recursos humanos e dificuldade na capacitação profissional”.

Não obstante, Hesbeen (2001, p. 24) afirma que:

“(...) aquilo que mais ajuda , o que mais contribui para criar o sentimento de se estar a ser considerado como uma pessoa e não como um objecto de cuidados, é antes de tudo, um acolhimento caloroso acompanhado por palavras reconfortantes e por algumas informações quer sobre a enfermagem e sobre o funcionamento do serviço, quer sobre o modo que irão decorrer a estadia”.

Para Santos (2000, p. 112) “o acolhimento é um cuidado de enfermagem por excelência”. Portanto por ser uma atividade de enfermagem há que ter em conta o primeiro contato estabelecido com o utente, uma vez que para Silva (2010, p. 31) o “primeiro contacto do doente com o enfermeiro que o acolhe é na maioria das vezes determinante para a relação enfermeiro/doente no futuro. (...) Compreender estas emoções e expectativas pode ajudar no desenvolvimento da relação entre enfermeiro/doente em todas as situações”.

Assim, para Neto et al (2013, p. 527) “o enfermeiro considerado um importante profissional de saúde e, perante um potencial utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada deve possuir competências e habilidades para o trabalho (...)”. Ilustrando, Sorensen e Luckmann (1998, p. 483) referem que “a enfermeira inicia o acolhimento apresentando-se e explicando qual o seu papel (...) se a pessoa estiver em condições de concentrar sobre o que a rodeia, indique as áreas significativas (...) e acrescenta algumas explicações, se necessárias”.

Nessa ótica, Silva (2010, p. 40) esclarece que “a par das competências conceptuais e psicomotoras, os enfermeiros devem possuir as competências relacionais, que lhes permitam dar suporte às reais necessidades dos doentes”. Assim de acordo com Hesbeen (2001,p. 28), “é preciso assim apresentar um quadro de competências que permitam o caminhar com a pessoa (...)”.

Em realce Sorensen e Luckmann (1998, p.487) referem que também “é necessária uma informação correta (...) para assegurar a atenção e o tratamento desejáveis durante a hospitalização”. Deste modo, Camarro, Fradique, Carneiro, Guedes e Rebelo (2007, p. 342) afirmam que para atingir um cuidar profissional é necessário «determinados saberes que vão desde de “saber fazer”, ao desenvolvimento do “saber científico” aliado a um “saber ser” que seja provido de determinadas características tais como a procura constante de informação e rigor dos procedimentos».

Portanto, importa que o profissional de enfermagem desenvolva suas competências com base nos princípios de saber fazer no tocante a execução de técnicas, saber saber relativamente a teorias científicas e saber ser tendo em conta a profissão e a forma como atua, pois não basta ter conhecimentos e não saber aplicá-lo em prol de melhoria dos cuidados e satisfação do utente no seu todo.

Relativamente a intervenções de enfermagem aquando do acolhimento, Sorensen e Luckmann (1998, p. 487) explicam que “algumas intervenções devem ser feitas imediatamente, mas outros devem obedecer a um plano escrito de cuidados, uma vez terminada a admissão do doente”.

A aplicação destes saberes podem ser expostas ao longo das etapas do processo de enfermagem, na medida em que o enfermeiro, vai ao longo dos cuidados deparando-se de que cada utente possui as suas características específicas e portanto assim é necessário um processo de enfermagem personalizado que se ajuste às necessidades de cada um.

1.3 Processo de enfermagem ao utente hospitalizado

O processo de enfermagem faz-se entender por um instrumento que cientifica a profissão de enfermagem, atribuindo o caráter autónomo e exclusivo de execução. Neste sentido, Horta (1979, p. VII) ressalta que “a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem”. Este processo exige do enfermeiro pensamento crítico para a tomada de decisões baseadas no conhecimento e experiência que adquire na prática.

Segundo Doenges e Moorhouse (2010, p. 3) “o processo de enfermagem fornece uma abordagem ordenada, lógica, de resolução de problemas para administração dos cuidados de enfermagem de modo a que as necessidades do cliente face a esses cuidados sejam satisfeitas eficazmente e de uma forma abrangente”.

Para Elkin, Potter e Perry (2005, p. 6) os objetivos do processo de enfermagem são “(...) identificar as necessidades de cuidados de saúde, determinar as prioridades, estabelecer objetivos, comunicar o plano de cuidados, assegurar as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem”.

Nesta ótica, Horta (1979, p. 36) afirma que a aplicação, pela(o) enfermeira(o), do processo de enfermagem consiste em prestar “conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano”.

Assim sendo, o conhecimento das NHF (necessidades humanas fundamentais) é crucial na aplicação do processo de enfermagem, sendo que este inicia-se a partir da identificação das necessidades afetadas do utente, avançando para as fases seguintes do processo, buscando sempre atender ou satisfazer cada necessidade afetada e tendo em atenção a individualidade e personalidade de cada utente.

Neste sentido, Elkin *et al* (2005, p. 6) concordam que “o processo de enfermagem é uma abordagem que permite ao enfermeiro programar e prestar cuidados de enfermagem. (...) inclui os seguintes passos, avaliação, inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação”.

Os autores Doenges e Moorhouse descrevem objetivamente, cada fase:

“Avaliação inicial-recolha sistemática de dados relacionados com o doente; Diagnóstico-análise dos dados de forma a identificar os problemas e necessidades do doente; Planeamento-processo constituído por duas partes, que consiste na identificação de objectivos e os resultados desejados pelo doente, de modo a focar a saúde avaliada e as necessidades de bem-estar e escolher intervenções de enfermagem no sentido de ajudar o doente na obtenção dos resultados; Implementação-execução do plano de cuidados; Avaliação final – determinação do progresso de doente relativamente aos resultados identificados e monitorizar a eficácia das intervenções de enfermagem escolhidas e a respectiva resposta do cliente, com o objetivo de mudar o planeamento como indicado” (Doenges e Moorhouse 2010, p. 3).

Nesta ótica, Potter e Perry (2006, p. 86) realçam que “a utilização do processo de enfermagem, promove os cuidados individualizados e ajuda a dar respostas às necessidades do utente, de forma atempada e consciente, para melhorar, ou manter, o nível de saúde do doente”.

Assim, para Horta (1979, p. 35) “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. Pode-se assim dizer que trata-se, portanto, de um processo dinâmico e contínuo.

Neste sentido, Doenges e Moorhouse (2010, p. 4) enfatizam que “(...) embora usemos os termos (...) como passos separados e progressivos, na realidade são elementos interrelacionados. Em conjunto estes passos formam um círculo contínuo de pensamento e acção, que se recicla ao longo do contacto do doente com o sistema de saúde”.

Desta forma Potter e Perry descrevem o círculo:

“Durante a avaliação inicial, não se só da conta dos problemas de saúde da pessoa como também recolhe-se informações que tem haver com eles e outras facetas da vida e estado de saúde, do utente. Ao formular os diagnósticos de enfermagem, identifica-se a natureza exato do problema. A medida que formula o plano individualizado de cuidados, esta está a especificar um plano de acção, exato, para a resolução dos problemas nos cuidados ao utente. Durante a implementação, põe o plano em prática. Por último a avaliação final permite-lhe concluir se teve êxito, fracasso, ou se é necessário alterar o plano”(Potter e Perry 2006, p.86).

Enfim Elkin *et al* (2005, p.6) afirma que o processo de enfermagem “ é uma estrutura organizacional criativa, mas flexiva e útil em qualquer contexto”.

O acolhimento ao utente alinha-se paralelamente a fase inicial do processo de enfermagem, na medida em que a partir de um primeiro contato entre enfermeiro utente e criada uma relação de confiança, o enfermeiro consegue extrair o máximo de informações essenciais e daí prosseguir com o processo em curso.

Doenges e Moorhouse (2010, p. 4) afirmam que “quando um cliente entra no sistema de saúde, seja como doente agudo, médico ou de cuidados domiciliários, os passos do processo de enfermagem são activados”.

A aplicação do processo de enfermagem, assim como qualquer outra atividade de enfermagem, implica uma visão do profissional de enfermagem sobre o utente de forma holística, individualizada e personalizada, e isto passa pela identificação, análise diagnóstico, planeamento interventivo, intervenção e avaliação das necessidades afetadas do utente, buscando a satisfação das mesmas.

Assim, na perspectiva de Horta (1979, p. 38) é essencial “o estudo das necessidades humanas básicas, considerando-as como os entes da enfermagem. Toda a ciência deve determinar seu ente concreto, descrevê-lo, explicá-lo e predizer sobre ele. Na ciência de enfermagem considera-se ente concreto-a necessidade humana básica”.

A autora ainda define as necessidades humanas fundamentais como sendo “ estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homodinâmicos dos fenômenos vitais (...) são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la” (Horta 1979, p. 39).

Não obstante, Doenges e Moorhouse (2010, p. 5) referem que para usar o processo de enfermagem eficazmente, a enfermeira tem de possuir e ser capaz de aplicar determinadas competências básicas, nomeadamente “ (...) conhecimento global da ciência e da teoria e de outras disciplinas afins como a medicina e a psicologia (...) é também necessária criatividade (...) adaptabilidade no manejar da mudança, (...)

inteligência, capacidade de relacionamento interpessoal bem desenvolvida de e competência técnica”.

Apresentando sumariamente a ideia, Doenges e Moorhouse (2010, p. 8) citam que o processo de enfermagem é simultaneamente a base de todas as acções de enfermagem e a essência da enfermagem (...) O processo é flexível, ainda assim, estruturado a servir de base para as acções de enfermagem”.

Qualquer ação de enfermagem pressupõe o conhecimento das NHF's, tendo em conta que estes constituem os entes ou as raízes da profissão.

Assim, conforme Henderson *apud* Hesbeen (2007, p. 7) “a enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais”, e Hesbeen acrescenta que:

“para planejar e executar o plano global de intervenções, quer seja para a melhoria da saúde, quer seja para a recuperação (...), todos os membros da equipa de enfermagem devem considerar o utente como o centro das intervenções, e consciencializar-se de que é uma pessoa que possui necessidades humanas fundamentais que devem ser avaliadas, e intervir de acordo com as mesmas”(Hesbeen 2007, p. 3).

Não obstante Hesbeen (2007, p. 10) sublinha que “os cuidados são compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada utente”. Referindo que as 14 necessidades humanas fundamentais ou necessidades humanas básicas inerentes a todo e qualquer utente são componente básico de enfermagem, Henderson apresenta-as da seguinte forma:

“Respirar adequadamente; Comer e beber adequadamente; Eliminar por todas as vias de eliminação; deslocar-se e manter uma boa postura desejável (andar, sentar-se, deitar-se e mudar de posição); Dormir e descansar; Selecionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; Manter a temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente; Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos; Praticar de acordo com a sua fé; trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; Divertir-se ou participar em várias formas de recreação; aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” e à saúde” (Henderson2007, p. 15-16)

A verificação das NHF afetadas dá-se por meio da avaliação inicial em que a partir do acolhimento ao utente esta inicia. Assim, para Doenges e Moorhouse (2010,p.14), avaliação inicial é “o primeiro passo do processo de enfermagem, durante o qual é feita a recolha de dados (...) é um processo dinâmico organizado que inclui três actividades básicas: Recolha sistemática dos dados; Ordenação e organização dos dados recolhidos; Documentação dos dados em formato recuperável”.

A fase de avaliação inicial do processo de enfermagem repercute uma visão holística do utente, permitindo a elaboração do seu perfil. Assim um acolhimento ao utente, quando bem realizado, facilita o levantamento minucioso das informações, e assim consegue-se diagnosticar as reais necessidades do utente, tendo em conta a relação de abertura e confiança estabelecida por tal.

Na interpretação de Potter e Perry (2006, p. 92) diagnóstico de enfermagem “ é o juízo clínico acerca de reações individuais, familiares ou comunitárias a problemas de saúde reais ou potenciais ou a processos de vida (...) esta focalizada para a reacção real ou potencial, do utente a um problema de saúde”.

Atualmente é válida a utilização de diagnósticos de enfermagem referenciado pela NANDA (Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem), e deste modo, segundo Potter e Perry a NANDA identificou vários tipos de diagnósticos de enfermagem e assim descrevem-os:

“um diagnóstico de enfermagem real descreve a reação do individuo a condição de saúde ou ao processo de vida que existem de fato ...Um diagnóstico de enfermagem potencial descreve as reacções do individuo a condição de saúde ou processo de vida que podem desenvolver-se. Um diagnóstico de enfermagem de bem-estar descreve reacções, do individuo a níveis de bem-estar em pessoas grupo ou comunidade, que pode ir de um determinado nível a outros mais elevados” (Potter e Perry 2006, p. 92).

Tendo planeado as intervenções conforme os diagnósticos e as necessidades do utente, extraídas ao longo da realização de um bom acolhimento, o profissional de enfermagem terá maior facilidade em realizar as devidas intervenções junto do utente tendo em conta as suas particularidades, pois este ter-se-á proporcionado uma relação de abertura e confiança mútua entre os agentes do processo.

As intervenções nos cuidados de saúde são definidas por Weller (2004, p. 257) como “ (...) qualquer ação levado a cabo para prevenir danos em doentes ou melhorar, promover ou estimular o seu bem-estar físico, mental ou espiritual”.

Nesta linha de pensamento, os autores Bulechek, Butcher e Dochterman (2010, p. XXV) acrescentam que, “intervenção de enfermagem é qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”. Nesta ótica, Grondin, Lussier, Phaneuf e Riopelle (1992, p. 9) enfatiza que “as intervenções devem visar a independência do utente no que se refere a satisfação das necessidades fundamentais. A sua realização deverá também implicar a participação do utente, sempre que possível”.

Ainda Grondin *et al* acrescentam que “na realidade, as intervenções são, para a enfermeira o equivalente a prescrição médica e revelam-se de uma importância tão grande como esta”.

Para Potter e Perry (2006, p. 112) “a avaliação final é a fase final do processo de enfermagem, fornecendo um método sistémico de análise dos resultados de cuidados de enfermagem”. Esta fase consiste na avaliação dos resultados. Caso não se tenham atingidos os objetivos traçados, ocorre o replaneamento das intervenções.

De forma simplificada construiu-se um quadro (APÊNDICE I) direcionado ao utente hospitalizado, aquando do seu devido acolhimento, baseando se em instrumentos exclusivos de enfermagem nomeadamente NANDA e NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem). No quadro consta a apresentação sintetizada de sugestivas avaliações iniciais, os potenciais diagnósticos de enfermagem, e suas respectivas intervenções de enfermagem, de acordo com cada NHF.

Não obstante aos conhecimentos e competências que o enfermeiro deve adquirir para melhorar a qualidade dos cuidados este deve ter em primeiro plano os aspetos que visa a humanização desses cuidados que são prestados. Portanto torna-se pertinente abordar a humanização dos cuidados como uma fator essencial ao acolhimento do utente hospitalizado.

1.4 Humanização dos Cuidados fator efetivo para o processo de acolhimento

A humanização dos cuidados pressupõe essencialmente a capacidade por parte do profissional de saúde em perspetivar o utente como um todo complexo, e não meramente a soma das suas partes (bio-psico-sociocultural). A realização do acolhimento, a partir do momento de hospitalização, enquanto actividade de enfermagem evidência a prática de tal.

Deste modo, Santos (2000, p. 102) refere que “o bom acolhimento é o primeiro passo para a recuperação da saúde, dado o efeito que produz no utente, sendo também a primeira condição para a humanização dos serviços de saúde”. Nesta linha de pensamento, Carvalho *apud* Santos (2000, p. 101) reafirma que, “a humanização começa no primeiro contacto do utente com a instituição ou seja no acolhimento, sendo este um factor primordial em qualquer serviço”.

Segundo Clayton (2000, p. 65) “a humanização é referida como acção ou efeito de Humanizar (...) é o acto de tornar humano, tornar sociável, e tornar-se mais compassivo”.

Na ótica de Rios (2009, p. 12) “a humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da Saúde e o exercício da ética (...)”. Desta forma, Onias (2013, p. 5) expressa que “a humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional, pressupondo um tratamento digno, cuidadoso, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde (...)”

Logo, Moretto (2007, p. 24) acrescenta que “o processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, co-responsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação colectiva no processo da gestão”.

Complementando, Germano (2003, p. 107) compreende que “o enfermeiro humanizado é aquele que presta cuidados de forma a incorporar confiança, segurança e respeito nas relações profissionais e terapêuticas, e com capacidade de colocar no lugar do outro”.

Conforme Rios (2009, p. 10) “a humanização reconhece o campo das subjectividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas”. Deste modo, a autora acredita que:

“participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional” (Rios, 2009, p.10).

Portanto, para efetivar a humanização dos cuidados torna-se necessário uma série de atributos específicos da profissão de enfermagem. A relação de ajuda relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente deverá promover confiança mútua, levando ao sucesso dos cuidados prestados ao utente hospitalizado. O acolhimento pode deste modo permitir que esta confiança daí emersa.

1.5 Relação Interpessoal de Ajuda no processo de acolhimento

O modo pelo qual se estabelece a relação entre o profissional de saúde e o utente, no primeiro contato, procedida por um acolhimento humanizado revela-se promissora do êxito ao longo do processo da hospitalização.

Portanto Hesbeen (2001, p. 25) afirma que “quando houve um encontro verdadeiro e se criaram laços de confiança, o prestador de cuidados pode então iniciar a segunda etapa da sua intervenção que é a de caminhar com o outro”.

Na ótica de Santos (2000, p. 51) a relação interpessoal “na sua vertente de relação de ajuda, é um tipo de interação fundamental a disposição dos enfermeiros para organizarem um sistema de comunicação que responda a forma particular as necessidades de cada pessoa com quem interagem”. A autora afirma que “o comportamento dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, aquando da admissão do doente, é decisivo para a segurança do indivíduo, para o grau de confiança que ele irá ter em relação às pessoas e à instituição” (Santos, 2000, p. 121).

Nota-se que o acolhimento pode ter efeito positivo ou negativo relativamente a relação (utente/profissional/hospital). Daí que para Silva, (2010, p.39) “na prática da Enfermagem, a relação interpessoal é uma preocupação constante”.

Assim segundo Phaneuf, (2002, p. 335), “do ponto de vista deontológico, como membro de um corpo profissional, somos obrigados a oferecer cuidados de qualidade a todos os géneros de clientela (...) a aceitação da pessoa cuidada tal como ela é, sem avaliação e sem juízo de valor é uma das habilidades a desenvolver em relação de ajuda”.

Nesta perspetiva, Silva (2010, p. 38-39) acredita que “existe todo um determinado tipo de comportamentos e acções por parte dos enfermeiros que proporcionam uma boa relação de ajuda”. Assim sendo, a autora afirma que:

“(...) estes comportamentos, também denominados por atitudes terapêuticas, incluem: demonstração de cortesia compreensão, interesse, empatia, bondade, aceitação, calor humano, firmeza, apoio e estabelecimentos de limites, permitindo a transferência de ideias e sentimentos, não exigindo ou julgando, enfatizando os aspectos sadios da personalidade, ajudando a pessoa a compreender o seu comportamento e a encontrar meios de adaptação” (Silva, 2010, p.38-39).

De fato, é da competência dos enfermeiros realizar um acolhimento satisfatório, com base na satisfação das suas necessidades, a partir de objetivos traçados mutuamente definidos através de uma salubre relação interpessoal estabelecida, em que a relação/comunicação desempenha um papel básico fundamental.

Tal como afirma Santos (2000, p. 143), “para além da melhoria das relações interpessoais, a aquisição de competências em comunicação contribui para o êxito de toda

a metodologia de trabalho do enfermeiro (...). Deste modo é imprescindível estudar a comunicação como estratégia simplificadora do processo de acolhimento, repercutindo em todo o percurso da hospitalização.

1.6 Comunicação como estratégia simplificadora do processo de acolhimento

Diante do acolhimento ao utente face a sua hospitalização, a comunicação constitui um instrumento chave para toda a relação interpessoal que se queira iniciar, pois seja ela de que natureza for, capacita tanto o emissor como o recetor envolvidos, a desenvolverem objetivos mútuos, na expectativa de sucesso durante o processo de hospitalização.

Conforme Santos (2000, p. 139), “na relação que o enfermeiro estabelece com os doentes é importante que à sua competência técnica esteja aliada uma atitude de atenção pois (...) o doente sentir-se-á em segurança e diminuirá a sua ansiedade, logo encontrar-se-á o caminho aberto para uma boa relação comunicativa”.

Deste modo, para Phaneuf (2005, p. 43) “a comunicação é um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal”.

Nessa ótica Guedes (2008, p. 39) refere que, “no exercício dos profissionais de saúde, a comunicação é aceite como crucial, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre o profissional de saúde, o utente e as visitas do utente internado”. Portanto, o autor encerra a ideia, afirmando que “a presença ou ausência de uma comunicação eficaz determina o ambiente em que os cuidados de saúde são prestados e recebidos”.

Assim sendo segundo Sorensen e Luckmann (1998, p. 483) “o enfermeiro ao aproximar-se do utente deverá usar corretamente as técnicas de comunicação”.

De acordo com Phaneuf (2005, p. 23):

“comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite de maneira consciente e inconsciente. Pelo comportamento verbal e não-verbal, e deste modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes crítico, ético e holístico, envolve o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais”.

Relativamente á comunicação não-verbal Phaneuf (2005, p. 55) define-a como sendo “(...) uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado”. Ainda a autora, acrescenta que “a comunicação não-verbal é a forma que tomam as nossas trocas, quando fazemos intervir a palavra. É um arranjo de palavras-símbolos que dá sentido ao que queremos exprimir”.

Nesta perspetiva, Stefanelli (2005, p. 112) concorda ao afirmar que “os sinais não-verbais podem complementar a comunicação verbal, reforçando o que foi expresso verbalmente, substituir a fala, contradizer a mensagem emitida por palavras, ou ainda, demonstrando sentimentos, emoções, em especial pelas expressões faciais”.

Neste aspeto, Sorensen e Luckmann (1998, p. 531) acrescentam que “também dentro da comunicação não-verbal encontra a linguagem corporal que se manifesta através do modo como movemos o nosso corpo ou partes deles como nos apresentamos ao mundo e como fazemos uso do espaço pessoal que nos rodeia”.

Para consolidar essa ideia, Sorensen e Luckmann (1998, p. 87) afirmam que “os que utilizam as competências de comunicação verbal e não-verbal quando interagem com o utente, familiares e pessoas significativas, salientando que estas competências comunicacionais são cruciais para a execução bem-sucedida dos cuidados de enfermagem”.

Não obstante às importâncias da comunicação, Potter e Perry (2006, p. 134) preconizam que “a semelhança de qualquer agente terapêutico, a comunicação pode ter consequência boas ou mas (...) a comunicação deve ser respeitada pelo seu valor latente em vez de ser indevidamente usada para manipular, ameaçar ou coagir terceiros”.

Assim, a comunicação contribui na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, que emerge-se pelos resultados dos objetivos anteriormente preconizados pelo enfermeiro e pelo utente longo de todo o processo de hospitalização.

1.7 Qualidade em enfermagem na prestação dos cuidados

O devido acolhimento ao utente proporciona a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que garante a necessária relação de confiança, para que se consiga um cuidar exemplar e mutuamente satisfatório.

Segundo Hesbeen (2001, p. 45) “a qualidade é por vezes entendida como a excelência ou ainda como o que há de melhor”. Para Campos, Borges e Portugal (2009,

p, 45), “a qualidade dos serviços de saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca a prestação dos cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória”.

Assim, segundo Webster *apud* Sheehy, (2001, p.69) a qualidade pode ser definida como a “excelência, a superioridade; o grau de excelência de uma coisa”. Deste modo, Hesbeen (2006, p. 14) acrescenta que “a qualidade dos cuidados é observável, mensurável e pode ser melhorada com a aquisição de novos conhecimentos e capacidades ou com a utilização de novos meios”.

Na ótica de Sheehy (2001, p. 69), a avaliação da qualidade nos cuidados de saúde “fundamenta-se na eficiência do diagnóstico ou dos procedimentos terapêuticos na conquista dos objectivos, da adaptação dos cuidados, levando em consideração os custos e os benefícios de uma determinada actuação e das funções dos cuidados”.

Assim sendo, para Campos et al (2009,p.46):

“a qualidade dos cuidados de saúde pode ser abordada segundo três diferentes perspectivas: a)da estrutura, b)do processo e c)dos resultados. Inclui-se na primeira, o conjunto de condições para que a prestação de cuidados possa ter qualidade (...) no processo estão incluídos todos os procedimentos...o modo como os cuidados são efectivamente prestados. Os resultados traduzem o impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes”.

No entanto, na visão de Hesbeen (2001, p. 41), pode-se dizer também que “cuidados com qualidade são os que conduzem à satisfação do utente, correspondendo às suas expectativas”.

Segundo, Phaneuf (2002, p. 335), “a qualidade de abertura e o acolhimento da enfermeira deve ser evidente para a pessoa ajudada, qualquer que seja o seu estado de miséria físico ou psicológico (...) a enfermeira deve estar pronta a estender-lhe a mão caridosa e a não a rejeitar, mesmo em caso de recusa da ajuda oferecida”.

Relativamente a intervenção em situação de crise, derivados da hospitalização, Phaneuf (2002, p. 529) fundamenta que “é uma acção de urgência que não se pode esperar sem colocar o risco e complicações sérias (...) a pessoas em estado de estresse agudo tem necessidade do suporte imediato de alguém que compreenda o aspecto crítico do seu estado”.

Em reforço a ideia Campos *et al* ” (2009, p.49) afirmam que:

“a qualidade em cuidados de saúde deve acompanhar todo o processo do doente, desde os seus aspectos ligados ao acesso e acolhimento, passando pelo processo de diagnóstico e terapêutico e todas as questões que se prendem com o conforto, informação e relacionamento com doentes e familiares”.

Na perspectiva de Chiavenato (2009, p. 212), “o desempenho de cada pessoa está fortemente relacionado com aptidões e habilidades”. Entretanto o autor evidencia que “o bom desempenho requer muito mais do que simplesmente aptidões e habilidades. O bom desempenho depende de quão motivado está o empregado”. Ainda explica que “em termos de comportamento, a motivação pode ser conceituada como o esforço e a tenacidade exercidos pela pessoa para fazer ou alcançar algo” (Chiavenato, 2009, p. 213).

Acrescenta, Hesbeen (2001, p. 68) que “a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida (...) da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a qualidade”.

A autora ainda proclama algumas palavras que parecem-na úteis para a evolução das atitudes e comportamentos: “ A simplicidade, o respeito, a subtiliza, a escuta, a compaixão, a laicidade, o humor, a capacidade de se indignar, cuidar de si, (...) assumir os riscos e responsabilidades” (Hesbeen 2001, p. 68-74).

Por outro lado, para Chiavenato (2009, p. 213) “a motivação é um dos inúmeros fatores que contribuem para o bom desempenho no trabalho”. Deste modo, “o executivo tem um papel fundamental na motivação das pessoas”.

Para o mesmo autor:

“motivação funciona como um dinamizador, um impulsionador do comportamento humano (...) Para compreender a motivação humana, o primeiro passo é o conhecimento do que provoca e dinamiza. A motivação existe dentro das pessoas e se dinamiza com as necessidades humanas. (...) Apesar das diferenças individuais”(ibid, p. 214-215).

Neste sentido, Chiavenato, (2009, p. 215) esclarece que “muitas teorias procuram identificar as necessidades que são comuns a todas as pessoas. A utilidade dessas teorias reside no fato de que o gerente, por ter pleno conhecimento dessas necessidades, impõe tentar motivar a sua equipa e agir e a se comportar de acordo com os objectivos da empresa e, simultaneamente, alcançar a satisfação delas por meio do contexto organizacional”.

Portanto primar pela qualidade envolvendo os profissionais que aí trabalham, mas também outros departamentos pertencentes a organização e ainda a própria organização, cabendo a cada prestar seu contributo para o alcance desse fim único.

No seio da enfermagem o alcance da qualidade total passa por o cuidar incessantemente, própria da profissão. Pois conforme Potter, Perry (2004, p. 94) “o cuidar é a força motivadora para que as pessoas se tornem enfermeiros e que transforma em fonte de satisfação, quando elas sabem que fazem a diferença na vida dos seus utentes”.

1.8 Cuidar em Enfermagem

O cuidar constitui a essência da profissão de enfermagem e esta presente na essência da humanidade, assim é fundamental abordagem a esse respeito, intencionando fazer-se compreender a nobreza dessa ação enquanto verbo indispensável da enfermagem.

Segundo Silva (2010, p. 40), “o processo de cuidar está presente em vários autores, que consideram ser indispensável à relação interpessoal na prestação de cuidados. No entanto, consideram que a Enfermagem deve fundamentar a sua prática em conhecimentos científicos, aliados a valores humanísticos”.

E para Camarro *et al.* (2007, p. 342) “cuidar implica reconhecer sempre o utente, como ser humano, com os seus limites, as suas dúvidas e seus recursos”. Portanto, tal como refere Carvalho, (1996, p. 42-44) “a enfermagem, tal como ela é conhecida actualmente, tem como objectivo promover a saúde, prevenir a doença e cuidar dos doentes (...) A enfermagem exige do enfermeiro sólidos conhecimentos científicos e técnicos para atender as necessidades básicas do individuo, família ou comunidade” (...).

Assim na elaboração do plano de cuidados, o enfermeiro deve ter uma visão holística do doente, tendo em consideração todos os aspectos, sociais, culturais, psicológicos, emocionais, económicos, físicos, religiosos e espirituais que podem influenciar o estado de saúde, para que deste modo o cuidado seja um cuidar completo na individualidade do utente.

O cuidar é visto por Watson (2002, p. 55) como “o ideal moral da enfermagem consiste em tentativas transpessoais de humano para humano, para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência”.

Nesse aspeto, Potter e Perry (2006, p.453) elucidam que o enfermeiro, enquanto “profissional deve empenhar-se em prestar cuidados sensíveis e estar disposto a, na prática diária, estabelecer relações, com utentes famílias, proporcionem cuidados de enfermagem personalizados, compassivo e com sensibilidade”.

Mais Sorensen e Luckmann (1998, p. 482) acrescentam que “é de extrema importância que os cuidados de enfermagem sejam prestados de forma criteriosa, solitária

e sem juízo de valor.” Neste sentido o acolhimento deve transmitir ausência total de preconceitos, para que o utente entenda que será incondicionalmente cuidado.

Assim sendo, para Watson (2002, p. 43) “a essência dos cuidados de enfermagem baseia-se na interacção entre o enfermeiro e o utente como fenómeno singular e único, deste modo, a prática de enfermagem é de natureza interpessoal, tendencialmente cuidativa, valorizando a tão necessária relação entre ambos”.

O ato de cuidar é inerente à vida, e tal como Collière (1999, p. 38) refere:

“cuidar é um acto individual que prestámos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” .

Assim Silva (2010, p. 42) acrescenta que “o cuidar tem de levar o enfermeiro a desenvolver cuidados personalizados, tendo em conta as capacidades, percepções escolhas do doente, com vista a encorajá-lo a expor as suas preocupações e encaminhá-lo no sentido de ele próprio encontrar a resolução para os seus problemas (...)”.

Nesta perspetiva, Henderson (2007, p. 10) realça como princípios básicos dos cuidados de enfermagem educação, prevenção e promoção “ (...) munir as populações com um eficiente apoio e acção educativa de enfermagem, salvará o mundo, o ser humano e a economia de depender exclusivamente da tecnologia, da promessa não cumprida de os aliviar das doenças (...)”.

Deste modo Henderson (2007, p. 10) completa que, “pois, são muitas as ferramentas de cuidado que o enfermeiro enquanto cuidador pode utiliza mediante a perspectiva de cada ser, enquanto pessoa único”.

Para Phaneuf (2002, p. 227), “o primeiro meio a utilizar para ajudar uma pessoa a solucionar as suas dificuldades, é estabelecer com ela uma relação de confiança em que não se sinta ameaçada, premissa de uma verdadeira aliança terapêutica”.

Por tudo isto, constata-se que o acolhimento em enfermagem ao utente face a sua hospitalização constitui uma atividade promotora da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que parte de uma abordagem humanizada ao utente, enquanto um todo complexo. Assim o processo de hospitalização é assim facilitado, proporcionando o alcance satisfatório dos objetivos traçados a partir dos cuidados prestados desde acolhimento.

CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA

Este capítulo consiste em apresentar todo o percurso metodológico da investigação em estudo, especificamente entre os meses de Outubro de 2014 e Novembro de 2015. A primeira fase constituiu-se na elaboração do projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, em que foram definidas os principais aspetos de uma investigação, nomeadamente, escolha do tema, a respetiva justificativa, bem como a sua problemática, seguindo-se da construção da questão de Investigação, objetivo geral e os objetivos específicos.

Além disso decretou-se o tipo de estudo e a abordagem utilizada, o instrumento de recolha de informações, determinação a população alvo. Isto permite também a realização de um pesquisa no campo empírico com o qual pretende dar respostas à questão de investigação e alcançar os objetivos propostos.

Face ao enquadramento teórico, recorreu-se a pesquisa literária relacionada com o tema em estudo, em livros encontrados em diferentes bibliotecas, foram realizadas pesquisas em artigos, revistas científicas e trabalhos académicos dispostos em bases de dados como Scielo, RCAAP, Portal do Conhecimento, Dialnet, utilizando termos relacionados com o tema de investigação e aspetos condizentes.

De se referir que encontram-se ao longo do campo teórico, termos com igual sentido ou conceituação, principalmente os termos paciente, utente, doente, internamento, hospitalização, admissão, atendimento, acolhimento entre outros. Visto que não se poderia alterar qualquer termo citado pelos autores. Não obstante, nos trechos narrados pelo autor do trabalho, estes termos mantem-se numa única pronúncia.

A metodologia tem uma enorme importância para a investigação científica, sendo que é através dela que se define quais os métodos que serão utilizados de forma sistemática no trabalho a fim de garantir resultados mais credíveis possíveis.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p. 14) “a metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade.”

2.1 Tipo de Estudo

O estudo abarca uma abordagem qualitativa na medida em que é aquele que melhor se adapta ao trabalho, servindo de fio condutor ao alcance dos objetivos estabelecidos bem como responder a questão que norteia a investigação, sendo que o estudo qualitativo tem por objetivo compreender fenómenos sociais. Pois segundo Fortin (2009, p. 306) o método de investigação qualitativa tem por objetivo compreender fenómenos sociais (...).”

Querendo compreender e descrever o acolhimento ao utente, na perspetiva de terceiros, a metodologia, enquadrar-se no paradigma fenomenológico, pois trata-se de um fenómeno existente que pode ser relatada a partir de experiências subjetivas. Pois para Fortin (2009, p. 306) “(...) descrever e compreender a experiência se reporta a fenomenologia.”

Assim, conforme o objetivo geral do estudo de descrever o conhecimento dos enfermeiros que trabalham na enfermaria do serviço de Medicina do HBS, acerca do acolhimento ao utente face a sua hospitalização, o desenho investigativo comporta o tipo descritivo. Pois com o estudo quer-se obter uma descrição e uma classificação detalhada do fenómeno.

O estudo engloba ainda o caráter exploratório porque permite responder a questão de investigação, a partir do alcance do objetivo maior estabelecido, tendo em conta que tal como a pesquisa exploratória pretende, o estudo visa tornar mais explícito o problema de investigação. É de realçar ainda que este compreende uma temática a ser explorada pela primeira vez.

2.2 Método e Instrumento de Recolha de Informações

Para a realização do trabalho foi necessário colher informações no campo de pesquisa. Assim, considerando o objetivo geral de estudo e a questão de investigação enunciada, a entrevista estruturada com perguntas abertas foi o instrumento de eleição para a colheita de informações para o trabalho, uma vez que a entrevista permite ressaltar os pontos de vistas dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência através das respostas facultadas pelos participantes.

A entrevista dá-se pela comunicação entre o entrevistador e o entrevistado, com o objetivo de colher dados relativos a questões da investigação, que permitem encontrar

respostas e desvendar ou solucionar o problema presente. Pela entrevista pode-se extrair conceitos, e compreender o posicionamento do entrevistado perante o tema em estudo.

As entrevistas decorreram durante o mês de Outubro do corrente ano, onde cada uma delas teve uma duração média de 30 a 60 minutos, por meio de uma conversa informal e em crioulo em que o participante entrevistado pôde exprimir livremente suas percepções sobre as questões relativas ao tema. O local e horário foi estabelecido pelos participantes de modo a que não se sentissem pressionados e pudessem estar confortáveis para relatar as suas experiências laborais que aludem o conhecimento de que dispõe acerca do tema.

Outra forma de se obter informações, foi através de diálogo informal ocorridas nos meses de Abril e Maio com Superintendente de enfermagem e com a responsável da elaboração da folha de colheita de dados de enfermagem do HBS (ANEXO III), utilizada no decorrer das hospitalizações.

2.3 Procedimentos Éticos

A pesquisa envolve pessoas, portanto é necessário ter em atenção questões éticas, que garantem a proteção dos direitos dos participantes da Investigação. Todo o participante deve ser informado sobre a natureza, a finalidade e a duração da investigação, assim como, os métodos pretendidos a utilizarem no estudo, na qual irá intervir.

Em relação à Ética em Investigação, Fortin (2003, p. 114) enuncia que “a ética no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta”.

Assim, o Requerimento para o acesso a dados e informações pertinentes ao tema do trabalho encontra-se em (APÊNDICE II), juntamente com a declaração fornecido pela Coordenação do curso, que confirma tratar-se de recolha de dados para a elaboração de monografia, (ANEXO III), destinado à Direção do HBS.

Ainda o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE IV), destinado aos participantes, previamente à entrevista, para que pudessem participar voluntariamente e estando cientes dos objetivos do estudo investigativo constituem as normas éticas efetivadas para a realização do estudo.

Quanto a arquivagem das entrevistas foi utilizada um gravador áudio, com a autorização dos participantes e posteriormente, transcritas para o português respeitando a veracidade das informações expostas pelos participantes.

Após realização das entrevistas, seguiu-se com a análise de conteúdo, possibilitando o tratamento dos conteúdos recolhidos, tendo em conta as diferentes respostas obtidas. Foram atribuídas a letra P e um número aritmético respetivo a cada enfermeiro participante para assim garantir o anonimato dos participantes. Salientando que tratando-se de investigação de caráter científico, há que primar pelos aspetos éticos exigidos.

2.4 Campo Empírico

Segue-se a apresentação da entidade acolhedora: Hospital Dr. Baptista de Sousa fornecida pelo serviço dos recursos humanos do referido hospital, portanto local do campo empírico.

O hospital situa-se no centro da cidade do Mindelo, constitui o hospital central da região de Barlavento. Abarca cerca de 110 enfermeiros, distribuídos por diversos serviços prestando uma cobertura de 24 horas.

O Hospital Dr. Baptista de Sousa, adiante designado HBS é um estabelecimento público de regime especial dotado de órgãos, serviços e património próprio, e de autonomia administrativa nos termos do decreto-lei nº 83\2005 de 19 de Dezembro, com sede na ilha de, São Vicente Cabo Verde. O Hospital Dr. Baptista de Sousa é considerado como serviço de referência da região Barlavento com prestação de serviços diferenciados.

Atende a comunidade regional com programas de extensão e de atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatoriais, hospitalar e de serviços complementares de diagnóstico e terapia.

Missão

O Hospital Dr. Baptista de Sousa tem por missão, atender e tratar em tempo útil, com eficácia, eficiência, efetividade, equidade e qualidade, a custos socialmente comportáveis, os doentes necessitados de cuidados hospitalares de diagnóstico, tratamento e reabilitação, oriundo de qualquer ponto do território nacional.

Visão

A visão do HBS é a de ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

Os objetivos

O HBS tem por objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o ensino e a investigação nos termos que vierem a ser convencionados.

Valores

No desenvolvimento da sua atividade, o HBS assume os seguintes valores em relação aos seus doentes: O empenho dos seus profissionais numa busca contínua de aperfeiçoamento; A equidade no acolhimento dos doentes e seus familiares; A atenção permanente às necessidades dos seus doentes; O total respeito pela dignidade e direitos da pessoa humana; A confidencialidade dos cuidados e serviços prestados;

Em relação aos seus profissionais e colaboradores são os seguintes valores: Informação quanto aos objetivos da instituição; Respeito pela autonomia técnica Responsabilização profissional num contexto de equidade tendo em conta os recursos e limites da instituição Valorização, reconhecimento e desenvolvimento do seu sentido de pertença que promova a autoestima profissional, a dedicação e a autoconfiança.

Esta investigação foi realizada concretamente na enfermaria de Medicina, localizada no 1º andar do HBS. Durante a investigação, esteve a decorrer uma experiência denominada enfermagem de proximidade, que se assemelha ao método de trabalho por enfermeiro responsável, em que cada um dos enfermeiros de turno é responsável por uma quantidade de utentes que se encontram hospitalizados.

O serviço de Medicina é uma unidade de internamento contendo uma equipa multidisciplinar composta por 14 enfermeiros gerais, 2 enfermeiras chefe, 10 médicos, 1 diretor clínico, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 agente administrativa, 5 auxiliares de serviços gerais, 1 técnica de eletrocardiograma e 1 copeira.

Apresenta uma organização estrutural composta por 5 enfermarias com um total de 38 leitos, 1 grande corredor, 4 wc e balneários coletivos, de uso separado pelo género, e estatuto, 1 gabinete tratamentos de enfermagem, 1 sala de medicamentos, 1 gabinete administrativo, 2 quartos de *stock*, 1 gabinete medico, 1 roupeiro, 1 área de conforto, 1 copa. As enfermarias são moderadamente arejadas e iluminadas, devido a lotação constante e a localização geográfica do serviço.

2.5 População Alvo

Perante a escolha da população alvo, teve-se em atenção, conseguir atingir os objetivos estabelecidos assim como dar resposta questão de investigação. Para tal foi

necessário, estabelecer alguns critérios de inclusão: ser enfermeiro do serviço de enfermagem da Medicina, aceitar voluntariamente a participar do estudo e ter experiência profissional no tocante a acolhimento ao utente face a sua hospitalização.

Assim sendo foram selecionados enfermeiros do serviço de medicina do HBS que cumpriam esses critérios. Além disso teve-se o cuidado de abranger participantes que dispunham de características diversificadas, que integrassem uma melhor estratificação do pessoal de enfermagem que nesse serviço trabalha.

Tendo, deste modo considerado as seguintes características, o género, a faixa etária, a grau académico, os anos de prática de enfermagem tanto profissionalmente como no serviço em particular, para que deste modo obtivesse informações variadas tendo em conta as significações que o tema em estudo representa para cada participante. Quanto ao número de participantes entrevistados constam de 6 enfermeiros, cuja caracterização é apresentada de forma sintetizada no quadro seguinte:

Quadro 3: Caracterização da população alvo.

| Participante | Faixa Etária | Género | Estado civil | Grau académico | Anos de prática Profissional | Anos de prática no serviço | Categoria profissional |
|---------------------|---------------------|---------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| P1 | 40-55 | Feminino | Casada | Licenciatura | 30anos | 12anos | Chefe |
| P2 | 45-60 | Feminino | Casada | Licenciatura | 27anos | 2anos | Chefe |
| 33 | 25-40 | Feminino | Solteira | Licenciatura | 2anos | 2anos | Geral |
| P4 | 40-55 | Masculino | Solteiro | Licenciatura | 27anos | 12anos | Geral |
| P5 | 30-45 | Feminino | Casada | Licenciatura | 14anos | 12anos | Geral |
| P6 | 35-50 | Feminino | Solteira | Licenciatura | 14anos | 7anos | Geral |

Fonte: Elaboração Própria

A população entrevistada foi caracterizada pela idade, género, estado civil, grau académico, anos de prática profissional e anos de prática no serviço de Medicina. De acordo com a faixa etária, esta abrangeu valores entre os 27 aos 60 anos de idade, portanto enfermeiros no início e fim de carreira estão envolvidos no processo de recolha de informações. Relativamente ao género, esta aparece maioritariamente feminina na medida em que no serviço de medicina constam de 13 enfermeiras e 3 enfermeiros.

Quanto ao estado civil dos participantes do estudo, constam 2 solteiros e 4 casados. No que concerne ao grau académico, pode constatar-se que todos possuem a Licenciatura. A respeito do tempo de prática profissional, vão desde 2anos até aos 30 anos

e em relação a ao tempo de serviço na enfermagem medicina, este compreende entre os 2 aos 14 anos. Esta vasta abrangência, tanto do anos de prática profissional como dos anos de serviço na medicina, visa perceber de que forma é que estes aspetos influenciam nos conhecimentos que têm do acolhimento ao utente face a sua hospitalização.

A experiência pessoal tem grande relevância para a entrevista, tendo em conta a natureza e o tema em estudo uma vez que o estudo é de caráter fenomenológico descritivo e exploratório, ou seja, visa descrever a percepção dos enfermeiros quanto ao acolhimento tendo em conta as suas experiências e percepção particular.

CAPÍTULO III- FASE EMPIRICA

3.1 Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Esta etapa comporta o tratamento, a apresentação, a análise e a discussão dos resultados, obtidos a partir das entrevistas realizadas. Esta fase derivou-se de uma minuciosa análise de conteúdo, uma vez que foi este o método de análise que se compreendeu adequar ao alcance dos objetivos do estudo previamente estabelecidos, além de edificar o método mais utilizado em pesquisas de abordagem qualitativa.

Após a apropriada transcrição das entrevistas, foi analisada de forma circunstanciada, visando conseguir uma réplica compacta, condizente com o exposto pelos participantes. Para uma melhor compreensão das entrevistas foram criadas 4 categorias devidamente nomeadas. São elas: **Categoria I:Aspetos concetuais ao acolhimento; Categoria II: Fatores interferentes ao acolhimento, Categoria III; Implicações no processo de Hospitalização, Categoria IV: Importância do acolhimento;**

Querendo fornecer uma melhor compreensão aos leitores segue-se a devida explanação de ideias sintetizadas do que se apercebeu quanto as percepções dos enfermeiros que trabalham do serviço de medicina no HBS, quanto ao acolhimento do utente face a hospitalização, permitindo assim, responder a questão da investigação.

Categoria I: Aspetos Conceptuais ao Acolhimento

Nesta primeira categoria busca-se perceber o que os enfermeiros entendem por acolhimento em enfermagem, em que momento é realizado, demonstrar a necessidade do acolhimento no processo de hospitalização, bem como os atributos que compõe o realizar de um bom acolhimento. Assim, na perspetiva dos participantes o conceito de acolhimento em enfermagem representa:

“ (...) um processo que permite receber os doentes nas enfermarias de uma forma mais correta possível (...) ”. P1

“(...) o momento que se acolhe o doente no momento de internamento ou não(...)”.P2

“ (...)a forma que se recebe quem está a vir a nós”. P3

“Ato de recessão que se faz ao paciente quando este vai ser internado (...) ”. P4

“ (...) A partir do momento que o doente chega no serviço de medicina, e o enfermeiro ou técnico indicado para fazer o acolhimento recebe-o e enquadra-o (...) ”.

P5

“Ato de receber o utente que chega para internar no serviço, (...) ”. P6

As respostas seguem de modo genérico a mesma linha de pensamento, apresentando nitidamente a conceito que tem sobre o acolhimento em enfermagem. Neste sentido, o acolhimento em enfermagem é entendido como a **relação estabelecida** com o utente que tem início no momento da admissão no serviço para hospitalização. Embora o conceito pode ser mais vasto ou mais restrito, de acordo com o conhecimento derivado da experiência de cada profissional. Pela experiência individual, cada profissional, formula definições, tendo em conta os objetivos que estabelece em cada procedimento.

Ainda nesta categoria, quis-se saber a partir de que momento é feito o acolhimento ao utente, e das respostas dos participantes extraiu-se que o acolhimento, deve ser realizado desde o primeiro momento de entrada no serviço, constituindo assim um processo contínuo:

“ (...) logo na admissão, e depois continua ao longo do tempo, que se vai tendo contato com o doente, (...) ”. P2

“A partir do momento em que o doente chega ao serviço, acompanhado ou não dos familiares, (...). P6

“ (...)a partir do primeiro contato é que se inicia o tratamento”. P1

Constata-se que essa opinião vai de encontro com o exposto na literatura pesquisada, pois o acolhimento não é um ato pontual, este segue-se no dia-a-dia, durante a prestação de cuidados de enfermagem. Pois a partir da relação que se vai estabelecendo consegue se extrair as necessidades que vão surgindo ao longo da hospitalização, e assim planear os cuidados em conjunto.

Relativamente aos motivos da realização do acolhimento ao utente face a sua hospitalização, estas destacam-se a **aceitação** da hospitalização mostrando a oportunidade de realizar uma abordagem holística ao utente e da troca de informação que se faz essencial ao desenvolvimento da relação de ajuda e a todo o processo de hospitalização. Constan assim as seguintes respostas

“ (...) para melhor aceitação e melhoria na sua recuperação, ao bem estar do doente, (...) ”. P2

“ (...) porque muitas vezes temos casos em que doentes são enviados para internamento, e eles recusam (...)”. **P1**

“ (...) pois assim pode-se ver o utente como um todo”. **P4**

“ (...)a partir do acolhimento, começa-se a conhecer o doente, dá-se informações da enfermaria (...), também pode-se obter outras informações pontuais e podem servir na forma de tratamento “. **P3**

Nesta perspetiva as ideias acima estão em concordância com a literatura, sendo que o acolhimento é uma atividade primordial que pode levar o utente à aceitação ou rejeição da hospitalização, visto que a maneira com que é acolhida condiciona o bem-estar do utente. Portanto o enfermeiro é o agente decisório, na medida em que a forma de proceder repercute grandemente em todo o processo de hospitalização.

A par das características e realização de um bom acolhimento, reúnem-se as seguintes verificações, na perspetiva dos enfermeiros:

“ Há que ver o doente como um todo, respeitar as suas preferências, (...)” **P4**

“ (...)quando é realizado de uma forma humanizada, (...), personalizada e individualizada, atendendo as necessidades dos utentes.” **P6**

“ (...) é o doente chegar e fazer-lo um acolhimento de uma forma simpática, tentar dar-lhe todas as informações necessárias.” **P3**

“ (...) pode ser caracterizado, desde melhor atuação possível que o enfermeiro pode proporcionar ao doente, e demonstrar aspetos positivos do seu internamento (...)”

P1

Constata-se que um bom acolhimento ao utente na perspetiva dos enfermeiros, é caracterizado pela humanização dos cuidados que implica a visão holística sob o utente e a atribuição de todas as informações pertinentes ao utente quer sobre a enfermaria de uma forma geral quer sobre o motivo da sua hospitalização.

É de realçar que a perceção dos enfermeiros, mais uma vez, vai de encontro com a literatura uma vez que o bom acolhimento é a primeira condição para a humanização dos serviços de saúde e constitui o primeiro passo para a recuperação da saúde, pelo efeito que provoca no utente. Não obstante, é igualmente necessário que o profissional saiba estabelecer uma relação interpessoal eficiente, através de atitudes simples, por exemplo, a devida apresentação pessoal e demonstração de disponibilidade.

No que concerne a capacidade para a realização de um bom acolhimento os resultados da análise fazem-se perceber que os enfermeiros sentem-se capacitados e destacam-se a **Experiência Profissional** como a maior capacitação para tal. Portanto é

notável que um enfermeiro considerado um importante profissional de saúde, sendo um utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada, necessita possuir competências e habilidades para realiza-lo adequadamente. Os trechos abaixo assim o demonstram.

“Sim, com esse novo método de trabalho individualizado, reparamos que no momento de alta, os utentes agradecem aos enfermeiros (...)”. **P2**

“Penso que sim, tenho conhecimento técnico e científico que dão-me capacidades para fazer um acolhimento céfalo-caudal de um paciente”. **P3**

“ Sim, (...) a experiência que possuo permite-me sim realizar um bom acolhimento”. **P5**

“Sim, (...) faço um bom acolhimento, baseado nas características que considero essenciais a um cuidado humanizado”. **P6**

Deste modo pode a investigadora afirmar que por meio das constatações extraídas nesta primeira categoria obtém se a perceção de os enfermeiros que trabalham na enfermaria do serviço de medicina do HBS, quanto ao acolhimento ao utente face a hospitalização.

Todos os participantes consideram à primeira que o acolhimento em enfermagem é um processo que decorre entre quem chega e quem recebe no serviço de internamento. Esta definição vai pois, de encontro com a literatura, o que permite afirmar que os enfermeiros são capazes de definir o acolhimento em enfermagem pelas noções que apresentam ao longo da análise e interpretação dos resultados, a partir das respostas facultadas ao longo das entrevistas realizadas individualmente.

A realização do acolhimento ao utente face a sua hospitalização, é percebida a partir das respostas dos enfermeiros como um processo contínuo em que se considera que o acolhimento tem uma continuidade durante toda a estadia do utente no serviço. Assim considera-se que para os enfermeiros que trabalham no serviço da medicina do HBS, o acolhimento é realizado ao longo da estadia, uma vez que o acolhimento permite a deteção de necessidades afetadas e posterior planeamento ao longo de todo o processo de hospitalização.

Quanto a forma de realizar um bom acolhimento os enfermeiros revelam que é preciso ter uma visão holística sobre o utente, visando a humanização dos cuidados, para que se consiga criar um plano interventivo eficaz. Nessa perspetiva os enfermeiros dão

ênfase ao alcance de uma relação de ajuda mútua e satisfação entre os elementos participantes no processo de hospitalização.

Conforme as respostas dos participantes constatou-se que dos atributos para a realização de um bom acolhimento ao utente adequaram a experiência profissional como sendo o atributo de maior envergadura para uma eficiente ação interventiva ao longo da hospitalização.

Tudo isso mostra o quão relevante é a noção do enfermeiros sobre o tema pois demonstra-se claramente que tendo a noção concreta do que é o acolhimento em enfermagem, e tendo visão dos atributos necessários a realização de um bom acolhimento, pode muito bem realizar um acolhimento ao utente, seguindo os preceitos que considera adequados a boa realização.

O acolhimento representa o fator decisivo ao sucesso da hospitalização, na medida em que repercute no impacto deste processo ao utente. Assim sendo é de extrema relevância que seja realizada em condições propícias para um melhor acolhimento possível.

Categoria II- Fatores intervenientes no processo de acolhimento

Relativamente a esta segunda categoria, pretendia-se saber fatores que poderão interferir no acolhimento de enfermagem no utente face a sua hospitalização, saber de que forma o método de trabalho adotado na enfermagem, pode interferir na realização do acolhimento ao utente, bem como saber as limitações, que se encontram presentes, aquando da realização da atividade de acolhimento ao utente.

Aos fatores que interferem na realização do acolhimento ao utente identificado pelos enfermeiros, enumeram se os **recursos** sejam eles humanos, ambientais, organizacionais, materiais e logísticos.

“ (...) deparamos com fatores relacionados ao pessoal do serviço em muitos aspeto, muitas vezes eles não colaboram com , (...). Os aspetos físicos algumas camas são estragadas, as casas de banho, (...) ”. P1

“ Cansaço, stress são fatores que podem acontecer, também o imprevisto em quase tudo, podem interferir (...) ”. P4

“ (...) principalmente a falta de tempo, (...) falta de utensílios , como roupas, que então dificultam muito o processo”. P3

“Realizar um bom acolhimento requer tempo, disponibilidade e ausência de quaisquer constrangimentos, tais como demora, escassez de recursos materiais e humanos, ambiente atribulado, etc.”. P6

“O ambiente físico, muitas vezes não contribui para o doente aderir (...) deixa o desconfortável (...) um ambiente limpo e tranquilo contribui para o acolhimento”. P2

Ao se reconhecer os fatores interferentes no realizar do acolhimento, pode se saber assim as necessidades de improviso, adaptações, gestão do tempo, tudo para que se consiga realizar um acolhimento adequado. Portanto essa noção complexa desses fatores constitui uma vantagem para os enfermeiros, no planejar das suas intervenções, em prol da minimização de possíveis constrangimentos.

Quanto as limitações existentes e interferências do método de trabalho adotado no serviço de medicina em relação ao acolhimento de enfermagem ao utente, tal como mostra as respostas os enfermeiros participantes referem alguma desvantagem, embora estes não sobressaíam às vantagens do novo método adotados, ainda que sem todas as condições desejadas.

“ (...) com este método de trabalho(...) o enfermeiro conhece todas as necessidade do doente, todos os procedimentos de enfermagem que foi prestados, permitindo assim um tratamento menos fragmentado possível. (...) nesse momento os constrangimentos maiores são principalmente materiais, como vestuários, (...) questão de vagas, lençóis”. P5

“Tem haver muitas vezes com o horário de internamento, as demandas são muitas e não há horário específico (...)o acolher exige atenção...mas a fulcral que condiciona é o fator tempo...fator tempo e recursos materiais também e também espaço na enfermaria exposição e números de leitos para a demanda do internamento”.P3

“Tenta-se melhorar no dia-a-dia a esses níveis. (...) o número de enfermeiros que é reduzido limita a execução do acolhimento desejado (...) várias tarefas todas pressionadas pelo tempo”. P4

“ (...) tendo em conta o serviço as limitações são a respeito do aspetos físicos”.
P1

“Com esse novo método de trabalho (...) os utentes agradecem os enfermeiros, pela maneira como foram recebidos, gostam da sua estadia (...)mesmo com carência de alguns materiais”. P2

“O método adotado atualmente interfere positivamente na prática do acolhimento ao utente, (...) o enfermeiro planeia as intervenções consoante o tempo que apresenta

disponível entre outros aspetos vantajosos. Somos limitados pelo tempo disponível devido a demanda de tarefas. Também o estado do utente limita a ato de acolhimento”. **P6**

Nesta categoria, a investigadora consegue enumerar os fatores interferentes no acolhimento, assim como as limitações do serviço e implicações do método de trabalho adotado na enfermaria do serviço de Medicina do HBS.

Portanto, constitui-se numa mais-valia, o fato dos enfermeiros do serviço de medicina estarem a par dos desafios que enfrentam perante a realização de um acolhimento apropriado, que possibilite a facilitação de todo o processo de hospitalização. Isto mostra que a experiência torna o profissional cada vez mais perito em termos de aspetos que envolvam o cuidar. É de destacar que as constatações dos enfermeiros seguem os ideais dispostos na literatura apresentada no estudo.

Categoria III: Implicações no processo de hospitalização

Nesta categoria pretende-se, na perspetiva dos participantes, determinar as implicações do acolhimento no processo de hospitalização. Assim saber como o acolhimento interfere nesse impacto, bem como qual a influência deste sobre todo o processo de hospitalização tornou-se indispensável.

Primeiramente foi útil saber qual a noção do processo de hospitalização bem como os impactos que este pode repercutir no utente aquando do ocorrido. Buscou-se saber ainda as intervenções realizadas quando deparado com consequências pontuais da hospitalização, como forma de aprofundar os conhecimentos a respeito do assunto em estudo.

Quanto ao conceito do processo de hospitalização os enfermeiros são da opinião de que este é um processo que se restringe ao utente no seu todo e aos profissionais de saúde, englobando toda a sua estadia no serviço, desde entrada até a alta hospitalar. Os trechos abaixo assim o evidenciam:

“ (...) vai desde o acolhimento do doente para o acolhimento até ao momento em que se comunica a alta ao doente (...)”. **P1**

*“ Dá-se pela entrada, permanência e saída do utente da enfermaria (...) ”***P6**

“ A partir do momento que o utente entra no hospital permanece até a saída (...), abrange o utente e família, os profissionais de saúde.” **P4**

Considerando o acolhimento ao utente como atividade facilitadora do processo de hospitalização, e bem como este é definido pelos enfermeiros, o acolhimento visa minimização dos impactos deste sob a sua condição evidentemente humanizada.

Os impactos provocados pela hospitalização, na perspetiva dos participantes englobam toda a esfera do utente, como ser multidimensional referindo-se os **impactos fisiológicos, psicológicos e sociais**. Assim demonstram ter uma visão pormenorizada e complexa de como a hospitalização repercute no utente fragilizado.

“(...) a eliminação, fica alterada pela mudança de ambiente (...), sono alterados pelos ruídos hospitalares(...)”. P1

“(...) quando dão entrada no serviço recusam o internamento, negam manter dialogo (...), muitos idosos apresentam-se agitados (...)”. P5

“O fato de não gostar e hospitais...a separação familiar, sentir falta de ambiente habitual”. P4

“(...) ocorre choque emocional, mostram-se tristes, há retração...Para além de este estado de doente, há que conviver com outras pessoas, há regras que tem de cumprir”. P3

“Nota-se alguns utentes com taquicardia, taquipneia, sudorese, palidez (...) também alteração no apetite, alteração no peso, alguns não comunicam abertamente, ficam agitados ansiosos por notícias de casa.(...) Referem ser enfadonho a estadia no hospital”. P6

Assim sendo ao detetar qualquer desses impactos, compete aos enfermeiros, a elaboração do plano interventivo, que consta na continuidade do processo de enfermagem, sempre atendendo a condição individual e personalizado do utente.

As intervenções de enfermagem a nível da deteção as consequências do impacto da hospitalização aquando da realização do acolhimento englobam as totalmente **autónomas** e as autónomas com referenciação médica, avistadas pelos trechos abaixo.

“(...)depois de estudar o processo(...)consegue-se analisar as necessidades do utente e daí fazer um planeamento”. P1

“Conforme as observações feitas, planear-se o que esta ao alcance de enfermagem. Caso não esteja é contactado o médico assistente para planear as intervenções que lhes cabem”. P6

“O serviço dispõem de um plano de colheita de dados (...) permite avaliar os problemas da pessoa (...) em casos de alteração do sono sugere-se ouvir musica (...)”

tentar explicar-lhes o motivo de internamento, caso a mãe amamenta é liberada a entrada do bebe (...) é permitida a entrada de pessoas religiosas (...) ”. P2

“ (...) Há casos que se alerta logo os médicos logo ao reconhecer aspetos diferentes, tenta-se dialogar em busca de pesquisas”. P4

“ (...) se os pacientes estiverem agitados temos que saber como falar com ele (...) as vezes a necessidade de chamar algum familiar.” P5

Estes trechos permitem afirmar que os enfermeiros são autónomos na execução do processo de enfermagem, durante o decorrer da hospitalização, dado que são capazes de, ao longo do acolhimento, pela recolha de dados identificar necessidades dos utentes, fazer os diagnósticos de enfermagem, e elaborar planos de intervenções, que atendam essas necessidades, intervir e avaliar esses resultados. O acolhimento ao utente, enquadrando-se na fase inicial do processo de enfermagem é uma atividade promotora de tranquilidade ao utente, e possibilita a criação de laços de confiança.

Reconhece-se que acolhimento ao utente tem uma **interferência positiva** no impacto da hospitalização, conforme as respostas dos enfermeiros participantes, em que se realçam varias evidencias:

“ o acolhimento poderá atenuar o impacto (...)”. P6

“ sim se tiver um bom acolhimento o doente aceita de melhor maneira o processo de hospitalização”. P2

“ se for um bom acolhimento é normal que isso facilita. Um bom acolhimento é útil (...) ”.P3

“ (...) um bom acolhimento já é uma ajuda para a sua recuperação (...). O doente aceita de melhor maneira o processo de hospitalização”. P5

“ (...) feito um bom acolhimento o impacto não é assim tão grande (...)”. P4

Pode se dizer que os enfermeiros reconhecem o acolhimento ao utente como sendo uma atividade positiva que repercute diretamente no impacto no utente.

Igualmente a influência do acolhimento ao utente em todo o processo de hospitalização repercute em **perspetiva positivas** nomeadamente ao benefício mútuo, a aceitação, a ajuda, servindo também de instrumento para avaliação da hospitalização por parte do utente. Assim os trechos revelam:

“ (...) se tiver apoio é um doente que não cria problemas a enfermaria”.P1

“ Ajuda em todo o processo (...) é extremamente importante para planear cuidados (...)”. P3

“Pode ter influência positiva ou negativa dependendo da forma que o acolhimento é feito”. **P4**

“ (...) dependendo do acolhimento em si o doente consegue caracterizar a hospitalização”. **P5**

“ (...) influencia todo o processo (...), todo o percurso será melhor para os dois lados”. **P6**

Para saber as perspectivas dos enfermeiros quanto as implicações do acolhimento no processo de Hospitalização foi, primeiramente, necessário abordar a conceção destes no que toca ao processo. A análise dos resultados das entrevistas permite a investigadora chegar nas seguintes verificações:

Constata-se que os enfermeiros são da opinião de que o processo de hospitalização constitui-se por três momentos, entrada permanência e saída do utente do serviço de enfermagem onde decorreu a estadia. Engloba ainda o utente no seu todo e os profissionais de saúde.

Os enfermeiros são da opinião de que em geral, a hospitalização acarreta impacto no utente na sua singularidade, demonstrando esses impactos a nível fisiológico, psicológicos e sociais.

Os enfermeiros são capazes de planear as intervenções que lhes competem ao detetar necessidades afetadas em utentes hospitalizados e recorrem a outros profissionais quando as intervenções necessárias debandam seus alcances. Assim a investigadora pode afirmar que os enfermeiros são autónomos e precisos nas suas intervenções tendo a noção particularizada daquilo que cada utente necessita.

Do ponto de vista dos enfermeiros, o acolhimento ao utente integra-se numa influência positiva ao impacto da hospitalização, na medida em que um bom acolhimento minimiza esse impacto, e consequentemente o acolhimento consta de uma atividade facilitadora do processo de hospitalização.

Pode-se por fim afirmar que todas essas verificações constituem características de uma equipa competente no desempenho de suas atividades mostrando conhecimentos em todos os domínios dos saberes que envolvem a profissão de enfermagem.

Os enfermeiros cientes da importância dessa atividade conseguem assim aprimorar as suas intervenções pois o profissional com competência crítica em relação a um determinado assunto busca a qualidade total quando atua.

Categoria IV: Importância do acolhimento

Nesta última categoria buscou-se saber a importância atribuída ao acolhimento pelos participantes. Além disso acredita-se que é pertinente saber como o acolhimento em enfermagem ao utente hospitalizado, interfere na qualidade dos cuidados prestados como forma de consolidar essa importância atribuída por parte dos participantes.

A importância atribuída pelos enfermeiros, é grandemente relevante na medida em que enfatizam essa importância referindo-se que o acolhimento promove a satisfação mútua, favorece a recolha de informações pertinentes ao planeamento das intervenções, além de proporcionar conforto e melhor adesão ao tratamento.

“ sim, imensamente (...) pode-se colher informações importantes para planejar os cuidados”. P5

“ (...) permite a pessoa ter conforto, sentir-se apoiado, ter conhecimento de tudo que vai ser realizado (...) ”. P2

“ (...) o doente tem maior adesão, procura mais pela cura”. P1

“Pode-se aperceber das perspetivas, anseios, medos (...), e assim planejar os cuidados”. P3

“ Sim, pelas informações que daí se extrai (...) ”. P4

Em concordância com a literatura apresentada, toda essa observação feita pelos enfermeiros permite mais uma vez afirmar que o acolhimento beneficia de todo o processo de hospitalização, não representando nenhum malefício quando realizado adequadamente.

Sendo a enfermagem a ciência do cuidar, de forma humanizada, particular e individual a cada utente, o bom acolhimento em enfermagem **favorece a qualidade** desses cuidados, repercutindo de forma positiva nas expectativas do utente em relação a ocorrência da hospitalização. Os resultados permitem afirma-lo, uma vez que as respostas dos participantes assim evidenciam.

“ (...) já é uma prestação de serviço de qualidade, há uma melhoria na qualidade”. P1

“ (...) ajuda o enfermeiro a prestar melhores cuidados, porque vai facilitar a prestação dos cuidados”. P2

“ (...) interfere positivamente na qualidade dos cuidados prestados, pois é uma atividade que promove a satisfação mútua, no que toca ao processo de hospitalização. O acolhimento é uma atividade que favorece a qualidade dos cuidados prestados”. P6

“ (...) o acolhimento contribui para o sucesso da qualidade dos cuidados prestados”. P5

“ (...) a partir do acolhimento tem-se em conta as NHF afetadas, assim contribui para a prestação dos cuidados com qualidade. P3

Os enfermeiros que trabalham no serviço de medicina do HBS, são da opinião de que o acolhimento ao utente face a hospitalização constitui uma atividade favorecedora da qualidade dos cuidados prestados pela contribuição que se dá, através da oportunidade de, durante a sua execução, recolher informações de grande relevo. Assim consegue traçar um plano de intervenção concreto, visando obter a satisfação plena das necessidades afetadas dos utentes.

O plano interventivo é traçado buscando atingir os objetivos mutuamente traçados, pois estes repercutem na otimização dos cuidados prestados, uma vez que a qualidade será avaliada pela satisfação do utente. O devido acolhimento ao utente favorece portanto essa avaliação.

Deste modo permite o investigador afirmar que os enfermeiros que trabalham no serviço de medicina do HBS tem uma visão acertada sobre como o acolhimento interferem na qualidade dos cuidados, indo ao encontro com a literatura referenciada.

Assim identifica-se a importância atribuída ao acolhimento ao utente face a hospitalização por parte dos enfermeiros que trabalham no serviço de medicina do HBS, como sendo de enorme destaque, beneficiando para a prestação de cuidados de qualidade.

Ao reconhecer tamanha importância do acolhimento ao utente face a hospitalização, profissional de enfermagem estará apto para intervir em prol do aperfeiçoamento, embora ciente dos desafios a ultrapassar.

Conforme mostram os resultados, as entrevistas proporcionaram o alcance do objetivo geral do estudo, bem como a questão de investigação, na medida em que, consegue-se identificar as percepções dos enfermeiros que trabalham no serviço da enfermaria de Medicina do HBS quanto ao acolhimento ao utente face a hospitalização, em que conseguem defini-lo como sendo um processo contínuo que decorre desde entrada até a saída do utente do serviço onde esteve hospitalizado.

Também elegem a humanização dos cuidados como o atributo de maior relevância para a realização e um bom acolhimento, e consideram-se capazes de realizar um bom acolhimento, pelas experiências que possuem enquanto profissionais.

Os enfermeiros identificam diversos fatores como interferências no realizar do acolhimento, nomeadamente, os recursos de natureza humana, material, organizacional,

em que se destacam os recursos humanos, evidenciados pela escassez de tempo para as várias demandas que o serviço comporta, repercutindo isto, no desempenho laboral, pelo ambiente estressante e o esgotamento psicológico que se origina. Não obstante salientam que o novo método denominado enfermagem de proximidade traz facilidades a respeito do realizar de um bom acolhimento.

Além disso os enfermeiros participantes do estudo, bem definem o processo de hospitalização e mostram-se cientes do impacto que este acarreta no utente, enumerando alguns diagnósticos referentes a esse impacto.

Quanto ao proceder, esses atuam desde a entrada do utente no serviço em que, ao acomodarem o utente no respetivo leito e realizarem a avaliação física, prosseguem na busca de mais informações além dos contidos no processo clínico consideradas importantes ao planeamento dos cuidados. Ainda referem que a troca de informações permite um planeamento dos cuidados de forma individual e personaliza, em prol da satisfação do utente.

Intervêm a nível de qualquer necessidade afetada de forma autónoma e auto recreativa, conhecendo os seus limites de atuação. Constata-se que os enfermeiros buscam realizar um bom acolhimento, através da apresentação por meio de uma comunicação eficaz, planeando estabelecer vínculo com o utente e integra-lo no meio hospitalar, em prol da maximização do potencial de atuação.

Na perspectiva dos enfermeiros, o acolhimento constitui uma atividade facilitadora do processo de hospitalização uma vez que atenua o impacto da hospitalização nas tocantes as resistências, que podem surgir bem como na tranquilização do utente, face a experiência da hospitalização.

Finalmente quanto a importância atribuída ao tema em estudo, os enfermeiros consideram-no evidentemente importante, realçando a possibilidade de através do acolhimento extrair informações de grande relevo para o planeamento eficaz dos cuidados, permitindo intervir de forma a elevar a qualidade dos cuidados. Constata-se assim o sucesso da investigação nos quais consegui extrair todas informações necessárias ao alcance dos objetivos delineados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se nesta última fase do trabalho apresentar em linhas gerais a consolidação da investigação, por meio de uma síntese reflexiva ao tema abordado, tendo em conta todos os aspectos abrangidos no estudo.

A enfermagem como ciência que atua na área da saúde encontra-se em permanente mudança. Devem ser seguidas as essências dessa profissão, atendendo as necessidades de cada utente de forma particular e individualizado. Portanto a medida que novas práticas clínicas e mais investigações, aumentam-se as percepções do profissional, este detecta a necessidade de atender a essas alterações, principalmente nas ações interventivas, em prol do acompanhamento da evolução que vão ocorrendo.

Essas ações interventivas compreendem sempre o objetivo de alcançar um estado ótimo de saúde e contentamento do utente no seu todo.

O acolhimento ao utente face a hospitalização, enquanto atividade facilitadora do processo de hospitalização, é um ato essencialmente de assistência de enfermagem, pelo caráter humanístico que acarreta ao longo da sua execução, o que é evidenciada ao longo da exposição literária apresentada na fase conceptual, demonstrando assim, a pertinência do tema.

São vários os autores que fundamentam a respeito do tema, a realização do acolhimento ao utente face a sua hospitalização é tarefa específica de enfermagem, na medida em que, este acarreta impacto ao utente na sua dimensão holística, nomeadamente a nível das suas necessidades afetadas, cabendo ao enfermeiro intervir a esse respeito com base nas competências próprias da ciência de enfermagem.

A humanização e o acolhimento, não devem permear somente a receção de quem chega para hospitalizar, deve sim perdurar até a saída do indivíduo daquela unidade de saúde. O processo de hospitalização representa um momento único, onde o utente encontra-se numa fase de transição social, afetando as várias dimensões que o integram, daí que o acolhimento deve pautar-se em prol da sensibilidade do utente neste momento.

A enfermagem possui seus instrumentos e entes que viabilizem um cuidar efetivamente humanizado, mormente o processo de enfermagem e as necessidades humanas fundamentais respetivamente, que o possibilitam através da abordagem fundamentalmente holística do utente.

A humanização dos cuidados pressupõe uma relação interpessoal de ajuda mútua entre quem cuida e quem é cuidado, para que se possa traçar e almejar objetivos comuns no decurso da hospitalização. Assim é imprescindível que a comunicação seja eficaz neste processo, tendo em conta que é a condição primordial de qualquer relação que se pretenda estabelecer.

A qualidade dos cuidados passa essencialmente por intervenções baseadas num cuidar humanitário, em que se espera daquele que cuida o máximo de empenho, dedicação e sabedoria, oriundos da motivação de que dispõe. Assim a motivação é a condição prioritária para que haja efetivamente funcionalidade em torno das atividades realizadas.

O acolhimento aqui aparece como um meio favorecedor da qualidade dos cuidados prestados, visto que o utente ao ser adequadamente acolhido, e ficando satisfeito, concretiza a sua avaliação quanto a hospitalização de forma positiva.

O cuidar em enfermagem objetiva essencialmente ajudar o outro a alcançar o seu pleno bem-estar, deste modo o acolhimento é a apresenta-se como o primeiro passo para alcançar esse objetivo, uma vez que daí emerge todo o decorrer do cuidar. Portanto, o acolhimento faz parte dos cuidados de enfermagem, cabendo ao cuidador executá-lo de forma humanizada e personalizada, para que dele resulte uma diminuição do impacto da hospitalização, relativamente a adaptação ao serviço, a aceitação do utente da sua condição e do seu diagnóstico, bem como na colaboração do tratamento, e auxílio na resolução de problemas derivados da hospitalização.

Para que os utentes acolhidos sintam compreendidos e apoiados, o realizar do acolhimento deve ser muito meditado em vários aspetos, nomeadamente o funcionamento do serviço, das instalações, a adequada disposição estética e dos recursos do serviço, bem como a limpeza e o ambiente acolhedor, pois são elementos impulsores que, de conforto e confiança que se transmitem ao utente.

Há um grande desafio a nível da prática do acolhimento ao utente de forma humanizada, na medida em que as limitações, quer materiais, humanas e/ou organizacionais são evidentes a nível das instituições de saúde do país. Além disso o número de utentes hospitalizados a nível dos hospitais centrais tem atingido altos valores, e conseqüentemente, as taxas de ocupação também elevam-se. O serviço de Medicina do HBS, enquanto campo empírico selecionado, apresenta os maiores valores nos últimos anos, atingindo valores entre os 70,5% aos 97,1%.

Deste modo é necessário o envolvimento de gestores, profissionais e utentes para que este desafio de acolher humanamente, em prol da facilitação do processo de

hospitalização, seja transposto. Neste sentido, este trabalho permite que seja evidenciado a facilitação do acolhimento em torno do processo de hospitalização, tanto a nível teórico como empírico pelos resultados obtidos, além da importância que o mesmo detém ao nível das exigências da enfermagem atual no tocante a humanização dos cuidados. Oportuna ainda a construção de proposta de execução no serviço de enfermagem visando melhorias na prática.

A enfermagem é conjuntamente uma ciência e uma arte, que envolve instâncias físicas, psicológicas, sociológicas, culturais, e espirituais do ser humano, em que a ciência da enfermagem baseia-se num vasto quadro teórico, enquanto a sua arte depende em grande parte das competências e experiências de cada enfermeira.

Deste modo, esta investigação exhibe-se de grande importância na medida em que evidencia o caráter autónomo da ciência de enfermagem, através dessa abordagem que lhe confere exclusividade, além da explanação do processo de enfermagem através dos instrumentos exclusivos da ciência, em torno do utente, cuja vulnerabilidade torna-se mais evidente, nas esferas biopsicossocial, enquanto ser holístico, a partir do momento da hospitalização, independentemente do motivo que o confere.

A par da metodologia utilizada considera-se que, esta foi apropriada, uma vez que houve o alcance de todos os objetivos delineados e a pergunta de partida foi respondida proporcionando uma nítida e elucidativa noção dos conhecimentos que possuem os enfermeiros que trabalham na enfermagem do serviço de Medicina do HBS quanto ao acolhimento ao utente face à hospitalização.

A realização do estudo constituiu-se num grande desafio, sobretudo pelo pioneirismo do tema e da produção do estudo em si. Além disso a constante avisto de limitações no que toca à literatura local disponível constitui efetivamente um obstáculo, pelo que recorreu-se a artigos e trabalhos académicos, referentes ao tema em bases de dados fidedignas.

Em suma, pode-se afirmar que o trabalho teve êxito, na medida em que ao longo de todo o percurso investigativo existe um seguimento harmónico em todas as fases do estudo, e ainda os objetivos determinados foram todos alcançados, e a questão da investigação foi objetada.

RECOMENDAÇÕES

Ao longo de todo percurso investigativo, foi-se deparando com o aspetos que podem ser melhorados, assim segue as recomendações dirigidas tanto ao serviço como a superintendência de enfermagem como forma de contributo á otimização dos serviços prestados bem como contributo ao alcance dos objetivos da instituição.

Como referido anteriormente, um aspeto alusivo a elaboração deste trabalho foi o fato da não existir um padrão do acolhimento ao utente, por parte dos enfermeiros, a assim propõe-se a criação de um padrão interventivo comum no âmbito de realizar o acolhimento de forma uniforme, na medida em que cada enfermeiro possui o seu ponto de vista, acerca de um bom e acolhimento em termos de procedimentos a serem realizados, embora tenham a mesma noção do que caracteriza um bom acolhimento.

Porém pelos motivos citados, realizar um acolhimento padronizado implica uma série de aspetos que precisam ser revolidos, tanto no serviço de Medicina, como a nível de toda a gestão organizacional do HBS.

Neste contorno sugiro a organização e realização de seções de disposição de ideias acerca da padronização do acolhimento aos enfermeiros que trabalham no serviço de Medicina desse hospital, visando a elevação da qualidade dos cuidados prestados aos utentes hospitalizados.

Propõe-se ainda mais estudos isolados aprofundando nos aspetos particulares do acolhimento, nomeadamente impacto deste no utente e na qualidade dos cuidados prestados, acolhimento como instrumento autónomo de enfermagem, acolhimento como processo contínuo.

Conforme constatado, o Método de trabalho denominado Enfermagem de Proximidade traz vantagens inúmeras a demanda diária da enfermaria, evidenciada pelos enfermeiros, uma vez que este decorre como experiência piloto no HBS, sugere-se portanto a concretização do mesmo.

Recomenda-se como necessidade essencial o aumento dos recursos humanos dada a deficiente número de enfermeiros admitidos no serviço em prol das demandas do serviço, aumento também dos recursos materiais sobretudo roupa de cama e vestuário, instrumentos de avaliação inicial, visando anular constrangimentos em torno do momento de realizar o acolhimento e portanto o procedimento da hospitalização.

Incute-se finalmente a aprovação do projeto interventivo de acolhimento (Apêndice V baseado em Pires, 2014), cuja aplicação resolver a problemática da inexistência do padrão concreto do acolhimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. Dochterman, J.C. (2010). Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC) Rio de Janeiro 5ª edição Elsevier.
- Camarro, I., Fradique, L., Larneiro, M., Guedes, M. e Rebelo, T. (Org.) (2007). Aprendendo o cuidado de enfermagem; entre a prática e a escrita a construção da competência clínica: Textos elaborados a partir de monografias de fim de curso dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da ESEMFR, 2002, 2003 e 2004. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Campos, L., Borges, M., Portugal, R. (2009). Governação dos Hospitais. 1ª Edição, Sociedade Editora Lda.
- Cardoso, M., Carvalho, I. Duarte, I., Andrade, V. (2014) Relatório Estatístico 2013. Ministério de Saúde da Republica de Cabo verde. Praia.
- Carvalho, M.M.M (1996). A Enfermagem e o humanismo. Loures: Lusociência.
- Casagrande, J. L., (2015). Programa de Capacitação em investigação Científica, programa internacional de Apoio á Pesquisa e ao ensino por meio da Mobilidade Docente e Discente Internacional- pró – mobilidade Internacional (Capes/AULP) Santa Catarina.
- Chiavenato, Idalberto. (2004). Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um gestor de pessoas. Rio de Janeiro. Elsevier editora.
- Clayton. L. Thomas. (2000). Dicionário Medico: Enciclopédia Taber. 17ª Edição, Lusodidacta
- Collière, Marie, F. (1989). Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem, Lisboa Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, Márie, F. (1999). Promover A vida da prática das mulheres de virtude dos cuidados de enfermagem. 5ª Edição. Lisboa. Lidel
- Doenges, Morhouse, (2010). Aplicação do processo de enfermagem. Guanabera. São Paulo.
- Elkin, N. K. Perry, A. Potter, P. (2005). Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos. 2º Edição, Loures, Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures. Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta. Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

- Germano, Ana (2003). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Ordem dos enfermeiros de Portugal. 2ª Edição, Portugal.
- Graça, A. (2014). Introdução a investigação científica, guia investigar e redigir, edição da Universidade do Mindelo, Mindelo.
- Grondin, L., Lussier, R. J., Phaneuf, M., Riopelle, L., (1992). Planificação dos cuidados de enfermagem, Montreal, Instituto Piaget.
- Henderson, Virgínia (2007). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures, Lusodidacta.
- Hesbeen, Walter (2001). Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Loures. Lusociência- edições e técnica Lda.
- Hesbeen, Walter (2006). Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento. Lusociência.
- Hesbeen, Walter (2007). Qualidade em Enfermagem: Perspectiva do Cuidar. Loures. Lusociência-5ª edição. Loures. Lusociência.
- Horta, W.,(1979), Processo de Enfermagem, , editora EPU, São Paulo.
- Phaneuf, Margot (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e Avaliação. Lusociência.
- Phaneuf, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e Validação. 5ª Edição Loures, Lusodidacta.
- Potter, Patrícia; Perry, Anne. (2004). Fundamentos de Enfermagem. Guanabara 5ªedição.São Paulo
- Potter, Patrícia; Perry, Anne. (2006). Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos. 5ª Edição. Lisboa, Lusociência.
- Prodanov, Cleber e Freitas, Ernani (2013). Metodologia do Trabalho Científico. 2ª Edição, Novo Hamburgo, Feeval.
- Ricardo, D., (s/a), o novo acordo ortográfico: o que muda na forma de escrever corretamente o português. Um guia para toda a família adotar a nova grafia Lista gráfica, s/l.
- Rios, I.C. (2009). Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo Áurea Editora.
- Schieter, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Dobel, R., Nogueira, J., Teixeira, P., (2007) MAPA-Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos, Principia Editora, s/l.
- Sheehy, Susan (2001). Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. Lusociência.

- Sorensen e Luckman (1998). Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiologia. 3ª Edição, Lisboa, Lusodidacta.
- Stefanelli, M.C. (2005). Conceitos teorias sobre comunicação. 3ªed. Brazil.
- Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.
- Weller, B. F. (2004). Dicionário de bolso para enfermeiros. Prefácio de Christine Watson. Loures 23ª edição Lusociência.

Pesquisas Internet:

- Almeida, I.S., Rodrigues, B., Simões, S. (2007).Hospitalização do Adolescente Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - Artigo de Reflexão. Volume 7, Número 1 Disponível em: www.scielo.com.br em 11 01 2015.
- Guedes, Porfírio Gomes, (2008), Acolhimento do utente idoso em internamento de ortopedia, Um Estudo num Centro Hospitalar da Região de Lisboa, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde UniversidadeAberta, Lisboa. Disponível em:www.scielo.br. em 18 11 2014
- Moretto, C.C; Terzis, A. (2007). A Humanização na Área de saúde Mental Pública: uma revisão teórica de trabalhos com equipas multiprofissionais. Disponível em: www.associaçaocriança.org.br, 21 05 2014.
- Neto, A.V.L., Nunes, V.M.A., Fernandes, R.L., Barbosa, I.M.L., De Carvalho, G.R.P. (2013).Humanização e acolhimento em emergência hospitalar Fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental.Vol.5,Nº.4,págs.519,528. Disponível em: www.dialnet.com 29 8 2015
- Onias, J., Maria, Tobias da Costa; Carvalho, Jair António de; Escobar, Kari Alves do A. (2013). Humanização e integralidade da atenção á saúde Reprodutiva da Mulher no Sistema Único de Saúde SUS. Disponível em: www.itepac.br. 05 05 201
- Pires, Teresa (2014). Falar das emoções e satisfação em cardiologia: dos limites da ciência ao estado de arte. XXXV congresso português de cardiologia. Disponível em: www.Scielo.com.br 11 08 2015
- Santos, A.C.F. (2000). Influência do Acolhimento na Diminuição da Ansiedade dos Doentes Coronários, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto.

Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Disponível em: www.Scielo.com.br 08 12 2014.

- Schneider, D.G., Manschein, M., Ausen, M. Martins, J., Albuquerque, G. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronária Texto contexto-enferm. Vol.17 no.1 Florianópolis Jan./Mar. Disponível em: www.Scielo.com.br 11 01 2015
- Silva, M.A.D.R. (2010).Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: www.Scielo.com.br em 11 01 2015.

Outras Fontes:

- Conversa informal com o superintendente de Enfermagem do HBS em Maio de 2015.
- Conversa informal com a responsável pela elaboração da folha de colheita de dados de enfermagem do HBS em Abril de 2015.
- Informações facultadas pelos serviços de estatísticas e dos recursos humanos do HBS em Maio e Junho de 2015.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I: Processo de enfermagem ao utente hospitalizado

| Necessidades Humanas Fundamentais | Avaliação Inicial | Potenciais Diagnósticos de Enfermagem NANDA | Intervenção da NIC para plano de ação |
|--|--|---|---|
| 1. Respirar | Avaliar a pressão arterial, a pulsação e a respiração Avaliar a perfusão tissular Avaliar presença de tosse, secreções | Perfusão tissular alterado p.15 Trocas gasosas prejudicadas p.17 | Oxigenoterapia p.564 Controle acido-básico p.108 Monitorização respiratória p.649 |
| 2. Comer e beber | Avaliar presença de prótese dentária Avaliar restrições alimentares/dieta Avaliar cuidados/condições especiais | Nutrição alterada p.9 Déficit no autocuidado: alimentação p.136 | Controle da nutrição p.549 Assistência ao autocuidado: alimentação p.171 |
| 3. Eliminar | Avaliar os padrões de eliminação intestinal e vesical Avaliar cuidados/condições especiais | Eliminação urinária alterada p.13 Constipação p.12 | Treinamento intestinal p.476 Treinamento dos esfíncteres p.368 |
| 4. Mover e manter a postura correta | Avaliar nível de mobilidade Avaliar necessidade de apoio auxiliar mecânico | Mobilidade física prejudicada p.34 | Controle do ambiente/conforto 137 Promoção do exercício: alongamento p.377 |
| 5. Dormir e repousar | Atenção ao padrão de sono e repouso; Perguntar sobre o uso de fármacos na promoção do sono Avaliar situações particulares de hábitos nocturnos | Distúrbio no padrão de sono p.35 Fadiga p.34 | Melhora do sono p.696 Promoção da capacidade de resiliência p.647 Escutar activamente p.36 Redução do estresse por mudança p.373 |
| 6. Vestir e despir-se | Avaliar nível de autonomia | Deficit no autocuidado: vestir-se/arrumar-se p.38 | Assistência no autocuidado: vestir/arrumar-se p.177 |
| 7. Manter temperatura corporal | Proporcionar o conforto na admissão do utente no período pré-operatório; | Potencial para temperatura corporal alterada p.10 | Regulação da temperatura p.713 |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | Avaliar a temperatura corporal. | | |
| 8. Estar limpa e proteger os tegumentos | Avaliar nível de autonomia Avaliar integridade cutânea Avaliar condições/cuidados especiais | Potencial para integridade de pele prejudicada p.23 Deficit no autocuidado: higiene corporal p.38 | Supervisão a pele p.584 Assistência no autocuidado: banho e higiene p.174 |
| 9.Evitar perigos | Avaliar níveis de consciência e orientação, autonomia e autoproteção Atenção ao comportamento | Potencial para trauma p.19 Proteção alterada p.22 Estratégias ineficazes de resolução: individual p.29 Ansiedade p.46 Medo p.106 Desesperança p.41 Processo de pensamento alterado p.43 | Controle do ambiente: segurança p.141 Identificação de risco p.653 Apoio emocional p.328 Promoção de esperança p.37 Apoio a tomada de decisão p.262 Precauções contra fuga p.413 Técnica para acalmar p.106 Redução de ansiedade p.156 Controle do comportamento p.228 |
| 10.Comunicar | Avaliar capacidade auditiva, visória, verbal e não verbal Avaliar nível de consciência e orientação. Atenção a mudança dos padrões comunicativos | Interação social prejudicada p.24 Isolamento social p.25 | Melhora da comunicação: déficit da fala p.238 Modificação do comportamento: habilidades sociais p.236 Promoção do envolvimento familiar p.400 |
| 11.Agir conforme as crenças e valores | Atenção a hábitos individuais de estar agir e opinar. Avaliar condições/cuidados particulares | Angustia espiritual p.26 Estratégias defensivas de resolução p.30 Desempenho de papel alterado p.25 Manutenção de saúde alterado p.36 | Apoio espiritual p.371 Facilitação do crescimento espiritual p.371 Melhora do enfrentamento p.334 Encaminhamento p.328 Aconselhamento p.119 |
| 12.Ocupar-se a fim de se sentir realizado | | Adaptação prejudicada p.30 | Cuidados na admissão p.121 Melhora do sistema de apoio p.157 |

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| | Avaliar condições/recursos disponíveis para a promoção da satisfação da necessidade | <p>Processo familiar alteradop.28</p> <p>Baixo auto estima situacional p.40</p> <p>Distúrbio de identidade pessoal p.40</p> | <p>Melhora do auto estima p.178</p> <p>Aconselhamento p.560</p> <p>Orientação para a realidade p.560</p> <p>Intervenção na crise p.254</p> |
| 13.Recrear-se | <p>Avaliar condições/recursos disponíveis para a promoção da satisfação da necessidade</p> <p>Questionar sobre as suas preferências</p> | <p>Deficit de lazer p.25</p> <p>Impotência p.35</p> <p>Distúrbio de auto estima p.41</p> | <p>Terapia ocupacional p.553</p> <p>Terapia com exercício p.380</p> <p>Promoção do exercício p.378</p> <p>Encaminhamento p.329</p> <p>Apoio emocional p.328</p> |
| 14.Aprender | Avaliar condições/recursos disponíveis para a promoção da satisfação da necessidade | <p>Deficit de conhecimento p.43</p> <p>Adaptação prejudicada p.30</p> | <p>Ensino: processo de doença p.358</p> <p>Melhora da disposição para aprender p.158</p> <p>Encaminhamentop.328</p> |

APÊNDICE II: Requerimento

À Comissão de Ética para parecer.

À Superintendência de Enf. para conhecimento e parecer.

12/02/15

Exma. Sra.:

Diretora do Hospital Dr. Baptista de Sousa

À Comissão de Ética
para decisão

13/02/15

Lêa Lenisia Rodrigues Lopes, número de estudante 2572, cursando o 4º ano de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, referente ao ano letivo 2014/2015, pretende desenvolver uma pesquisa cujo tema intitula-se: Acolhimento do utente face a Hospitalização. Neste âmbito, vem mui respeitosamente, requerer a vossa Excelência autorização ao acesso a dados, relatórios, entre outras informações pertinentes à investigação pretendida. Mais informa que o período da pesquisa decorrerá desde Fevereiro à meados de Junho.

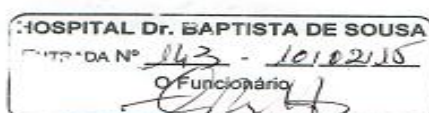
Pede deferimento.

Mindelo 10 Fevereiro 2015.

A requerente:

Lêa Lenisia Rodrigues Lopes

/Lêa Lenisia Rodrigues Lopes/



Autorizado pela
Comissão de Ética
12/02/2015

APÊNDICE III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Acolhimento ao utente: atividade facilitadora do processo de hospitalização.”

Prezada (o)Enfermeira (o):

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar da pesquisa sobre **“Acolhimento ao utente face a hospitalização”**, realizada nos serviços de medicina e cirurgia do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS).

O objetivo geral da pesquisa consiste em **descrever a percepção dos enfermeiros da enfermaria do Serviço de Medicina do Hospital Baptista Sousa quanto a atividade de acolhimento ao utente face a hospitalização**, e ainda comporta os seguintes objetivos específicos: Identificar a percepção dos enfermeiros da enfermaria do serviço de medicina quanto a atividade do acolhimento ao utente face a hospitalização; Enumerar os potenciais fatores que interferem na realização de atividade de acolhimento ao utente no serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa; Verificar a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de medicina quanto ao acolhimento como actividade facilitadora do processo de hospitalização; Descrever as intervenções de enfermagem, desenvolvidas durante o processo de acolhimento ao utente face a hospitalização.

Enfatizamos que a sua participação é muito importante e ela se daria per meio da efetivação de entrevista. Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a sua participação, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. De realçar que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Informamos que a senhora(o) não pagará nem será remunerada por sua participação.

Caso tenha dúvidas ou necessite de esclarecimentos pode contactar pelo nº 9882040.

Eu, _____, portador(a)

do B.I nº _____, aceito (a) participar nesta pesquisa.

Assinatura do (a) participante:

/Lêa Lenisia RodriguesLopes/

APÊNDICE IV: Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Identificação

Idade:

Estado Civil:

Habilitações Académicas: Bacharel () Licenciatura () Especialidade () Mestrado ()

Categoria Profissional:

Tempo de serviço na profissão de enfermagem no HBS? _____ Anos.

Tempo de serviço no serviço da Medicina? _____ Anos.

Qual o Cargo que desempenha neste Serviço? _____.

Questões:

1. O que entende por acolhimento em enfermagem?
2. Com que frequência realiza o acolhimento de enfermagem ao utente?
3. O que é um bom acolhimento em enfermagem? Refira características.
4. A nível geral, que motivos repletem a necessidade da realização de um bom acolhimento?
5. Em que momento deve ser realizado o acolhimento ao utente?
6. Enquanto enfermeira(o), considera-se capacitada(o) para realizar um bom acolhimento ao utente? Justifique.
7. Considera existirem fatores que podem interferir no acolhimento de enfermagem ao utente face a sua hospitalização no serviço? Quais?
8. Como e quando é realizado o acolhimento ao utente na enfermaria do serviço de Medicina?
9. De que forma o método de trabalho adotado na enfermaria pode interferir na realização do acolhimento ao utente e que limitações encontram-se presentes, aquando de tal atividade?
10. O que é o processo de hospitalização?
11. Como é que a hospitalização poderá acarretar impacto no utente? Quais as manifestações que evidencia isso?
12. Qual a influência do acolhimento de enfermagem no processo de hospitalização?
13. Quais as intervenções de enfermagem desenvolvidas durante a realização do acolhimento ao utente face a sua hospitalização, ao detetar impactos no utente?

14. Atribui importância ao realizar acolhimento ao utente face a sua hospitalização? Como demonstra essa importância?
15. De que forma o realizar do acolhimento em enfermagem ao utente hospitalizado, interfere na qualidade dos cuidados prestados?

Fim.

APÊNDICE V: Projeto interventivo de acolhimento

O projeto

O projeto consiste, a curto prazo, em seguir um padrão concreto na realização do acolhimento, para que se possa uniformizar o mesmo adquirindo assim um caráter qualitativo a essa demanda.

De acordo com Schneider et al (2008, p.) o acolhimento consiste numa “(...)ação técnica-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/utente e a sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o utente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde”.

Assim pela definição acima pode-se dizer que os benefícios da realização do projeto são inúmeros principalmente servindo de instrumento itinerário a qualidade total a partir da otimização dos cuidados. O desde o enfermeiro é realiza o acolhimento sendo o profissional prontamente capaz de faze-lo na íntegra, atendendo as demandas que o processo propõe.

Entendendo que o acolhimento ao utente proporciona a oportunidade de quebra de barreira e criação de uma relação de ajuda entre o prestador de cuidados e o utente no seu todo, essa que por sua vez proporciona o delinear de objetivos em comum, pela confiança que daí emerge,

O presente projeto visa contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, no âmbito do processo de hospitalização. Uma vez que se entende o acolhimento ao utente face a hospitalização como sendo uma atividade facilitadora deste processo, logo, objetiva-se realiza-lo de modo eficiente e regular.

O serviço de medicina do HBS dispõe de uma equipa de profissionais devidamente capacitados para a concretização do projeto, pelo que convém realçar que a preparação profissional repercute diretamente no sucesso do projeto, pelo que as noções previamente concebidas através das experiencias do acolhimento e da hospitalização existentes, são determinantes ao progresso do serviço e consequentemente de toda a instituição, além disso dispõe da folha de colheita de dados (ANEXO IV) que pode associadamente com o projeto permitir estas realizações.

Motivos

São várias os constrangimentos que permitem a elaboração do projeto nomeadamente ausência de um padrão concreto ao Acolhimento ao utente, alguns procedimentos básicos não realizados tais como cumprimentar o utente, apresentar-se ao utente, orientações diversas ao utente e familiares, o registo dos dados incompletos, na folha de colheita de dados durante a avaliação inicial, ausência de avaliação relativo ao acolhimento.

Objetivos

Levando em consideração que o acolhimento é um processo contínuo e não apenas uma etapa do processo de hospitalização, que se dá na receção do utente nos serviços, este projeto é oportuno, na medida em que os objetivos delineiam-se em:

- Facilitar a adaptação do utente e família no serviço de destino,
- Reduzir a ansiedade do utente e familiares;
- Proporcionar-lhe informações necessárias e adequadas;
- Recolher dados necessários do doente a fim de planificar os cuidados específicos;
- Garantir o registo de avaliação efetuada, bem como um plano de cuidados abrangendo as necessidades holísticas do utente;

Benefícios

O projeto possui benefícios vários que se envolvem tanto o utente como a própria instituição. Ao utente, prontifica melhor adesão ao tratamento terapêutico beneficiando a sua recuperação e consequentemente alcançando melhor qualidade de vida.

Quanto a instituição, auxilia uma reorganização do serviço, faz alterar as relações entre os profissionais e os utentes, resultando no aumento da credibilidade e confiança entre os profissionais e utentes, promove a humanização dos cuidados e a escuta ativa, estimulação da capacitação dos profissionais fazendo com que estes buscam o aprimoramento teórico e prático nas suas intervenções.

Etapas

Dirigida ao utente a ser hospitalizado, o projeto é assim elaborado, tendo em atenção a satisfação deste no seu todo. O projeto, adaptado de Schneider et al (2008), consta das seguintes etapas onde são realizadas as seguintes ações:

Acesso

- Receber o utente convenientemente;
- Prestar os cuidados necessários proporcionando segurança e tranquilidade ao utente;
- Aproximar-se confortando e esclarecendo as regras e rotinas da enfermaria;
- Proporcionar ambiente confortável ao utente e acompanhante enquanto aguarda eventuais informações;

Escuta

- Incentivar o utente a questionar sobre dúvidas, iniciando a educação para a saúde, desde o início da hospitalização;
- Estabelecer uma relação de confiança e de interajuda com o utente, de forma a sentir-se seguro e possa expressar seus sentimentos, opiniões e expetativas;

Diálogo

- Esclarecer o utente e seus familiares sobre a situação atualmente vivenciada utilizando um discurso claro e adequado;
- Informar e tentar obter informações suplementares, auxiliares nos procedimentos posteriores;

Apoio

- Oferecer apoio e conforto ao utente;
- Orientar a família sobre as condições do utente antes da visita;
- Identificar as necessidades de informação e amparo do utente, ajudando a satisfazer tais necessidades;

Vínculo

- Orientar sobre os benefícios e possíveis complicações do tratamento;
- Flexibilizar o horário da visita;
- Estar disponível ao utente;

Projeta-se que o enfermeiro intervém neste projeto em prol das necessidades individuais e personalidades de cada utente a medida que este realiza o acolhimento e se depara com as necessidades de cada utente.

Advertências

No entanto aspetos que podem inviabilizar o benéfico e inovador projeto, mormente a motivação pessoal dos profissionais e a sobrecarga de tarefas, ruptura de materiais, desinformação dos enfermeiros. Para isso incute-se a formação dos profissionais a respeito do projeto validando a concretização de um acolhimento uniforme.

Não obstante, tal como mostram as tendências literárias atuais, os benefícios são inúmeros quando se procede com um acolhimento adequado, tanto para o melhoramento do utente, como para o profissional que almeja traçar cuidados eficientes.

Deste modo é vigoroso que se faça a uma minuciosa revisão ao projeto, aquando da sua realização, uma vez que todo o projeto exequível deve admitir mudanças.

Avaliação

O projeto conta com duas formas de avaliação da atividade desenvolvida, a partir de dois campos distintos. O campo de avaliação interna, reúne uma equipa de auto avaliação não necessariamente definitiva, composta por membros do serviço e um membro da direção do hospital. E ainda um observador crítico que entenda do assunto, mas não executa qualquer serviço no hospital.

A avaliação externa comporta os utentes que embora fazem parte do projecto, esses são avaliadores externos, pois perspectiva-se o melhoramento do acolhimento ao utente já que estes são os principais mediadores da qualidade do acolhimento e de todo o processo de hospitalização, uma vez que consistem nos objetos de intervenção.

Os meios de intervenção, para além dos recursos materiais e humanos as competências individuais constituem os meios cruciais deste projecto, daí que a capacitação formal é parte integrante deste processo.

Os procedimentos contidos no projeto do acolhimento incluem:

1. Cumprimentar o utente;
2. Apresentar devidamente;

3. Apresentar a equipa que irá cuidar do utente;
4. Perguntar ao utente pelas suas preferências;
5. Explicar ao doente sobre a utilidade dos equipamentos e dos procedimentos que iram decorrer ao longo da estadia no serviço;
6. Explicar ao doente sobre a importância de informar sempre que sinta dor ou desconforto;
7. Explicar o funcionamento do serviço/hospital relativamente ao número de horários das refeições, horário de visitas, número e tempo de permanência dos visitantes, de uso do telemóvel e aparelhos de som, acondicionamento dos pertences, administração terapêutica, relação entre utentes, etc.
8. Entregar guia sobre direitos e deveres do doente e esclarecer sobre a importância da sua leitura;
9. Iniciar a avaliação inicial.

Estratégias

A aplicação experimental é fundamental, permitindo a inserção de aspetos faltos no projeto, por isso pretende-se que realize inicialmente no serviço de Medicina como experiencia piloto, tendo em conta a envergadura do serviço. Pretende-se que o projeto seja dirigido a todos os utentes que se hospitalizarem, portanto diariamente, e que as avaliações sejam realizadas esporadicamente, seguindo se de balanços e relatórios pontuais da execução do projetado

As estratégias de divulgação abrangem a apresentação do projeto na apresentação da monografia, disposição do projeto no portal do conhecimento por meio do da obra monográfica, apresentação do mesmo ao superintendente de enfermagem do HBS, e a apresentação do projeto em empresas, instituições afins que possam realiza-lo.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I: Quadros de dados do Relatório Nacional de Estatística 2013

Tabela 64: Doentes Internados por serviços no Hospital Dr. Agostinho Neto, 2009– 2013

| Serviço | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Medicina | 898 | 683 | 686 | 733 | 885 |
| Pediatria | 1.333 | 1.126 | 1.224 | 1.322 | 1.193 |
| Neonatologia | 642 | 653 | 827 | 1.031 | 891 |
| Ginecologia | 684 | 1.426 | 403 | 519 | 2.810 |
| Obstetrícia | 5.109 | 3.823 | 7.510 | 5.233 | 4.496 |
| Cirurgia Geral | 1.947 | 1.460 | 1.885 | 1.373 | 1.503 |
| Orto-Traumatologia | 1.269 | 1.241 | 1.087 | 1.167 | 1.082 |
| Oftalmologia | 50 | 31 | ... | ... | |
| Psiquiatria | 439 | 425 | 372 | 395 | 414 |
| Total | 12.371 | 10.868 | 13.994 | 11.773 | 13.274 |

Fonte: Relatório Hospital Dr. Agostinho Neto

Tabela 65: Doentes Internados por serviço no Hospital Dr. Baptista Sousa, 2009 - 2013

| Serviço | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Medicina | 824 | 876 | 847 | 899 | 962 |
| Pediatria | 668 | 743 | 656 | 885 | 617 |
| Neonatologia | 239 | 249 | 215 | 136 | 374 |
| Gineco-Obstetrícia | 2.408 | 2.456 | 2.335 | 2285 | 2004 |
| Cirurgia | 1.248 | 990 | 993 | 988 | 941 |
| Psiquiatria | 153 | 127 | 122 | 109 | 132 |
| Orto-Traumatologia | 460 | 464 | 472 | 512 | 497 |
| Urologia | 68 | 50 | 50 | 59 | 68 |
| Unidade de Cuidados Especiais | 57 | 51 | 66 | 52 | 55 |
| Otorrinolaringologia | — | 147 | 147 | 88 | 36 |
| Urologia | — | 146 | 92 | 114 | 146 |
| Quartos particulares | 140 | 237 | 239 | 259 | 231 |
| Total | 6.265 | 6.536 | 6.234 | 6.386 | 6.063 |

Fonte: Relatório do Hospital Dr. Baptista Sousa

Tabela 68: Estadia Média (dias) por Serviço no Hospital Dr. Baptista Sousa, 2009 – 2013

| Serviço | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|
| Medicina | 12,7 | 12,6 | 13,4 | 13,8 | 13,0 |
| Pediatria | 7,8 | 7,2 | 7,3 | 7,2 | 8,2 |
| Neonatologia | 8,7 | 8,6 | 10,1 | ... | 11,9 |
| Gineco-Obstetrícia | 4,2 | 4,5 | 11,3 | 4,6 | 5,5 |
| Cirurgia | 8,9 | 9,2 | 10,2 | 10,1 | 6,9 |
| Psiquiatria | 16,3 | 16,8 | 16,9 | 13,9 | 11,3 |
| Orto-Traumatologia | 11,8 | 13,2 | 12,1 | 11,2 | 23,6 |
| Fisiologia | 29,9 | 24,2 | 21,6 | 21,7 | 13,8 |
| Unidade de Cuidados Especiais | 13,6 | 24,3 | 17,3 | 15,3 | 16,5 |
| Quartos particulares | 8,0 | 7,2 | 6,9 | 8,3 | 10,7 |
| TOTAL | 8,1 | 8,2 | 8,2 | 8,6 | 9,4 |

Fonte: Hospital Dr. Baptista Sousa

Tabela 69: Estadia Média (dias) por Serviço no Hospital Dr. Agostinho Neto, 2010 – 2013

| Serviço | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|------|------|------|-------|
| Medicina | 15,4 | 11,0 | 7,7 | 10,5 |
| Pediatria | 12,4 | 11,4 | 8,8 | 14,14 |
| Neonatologia | 10,4 | 8,2 | 7,1 | 6,95 |
| Ginecologia | 9,7 | 12,6 | 10,5 | 7,84 |
| Obstetrícia | 4,1 | 2,4 | 2,7 | 5,07 |
| Cirurgia Geral | 13,3 | 8,8 | 10,6 | 9,31 |
| Orto-Traumatologia | 14,6 | 16,6 | 14,5 | 4,56 |
| Oftalmologia | 14,2 | ... | ... | ... |
| Psiquiatria | 34,9 | 39,8 | 38,0 | 31 |
| Total | 9,5 | 8,2 | 9,0 | 8,3 |

Fonte: Hospital Dr. Agostinho Neto

Tabela 66: Taxa de Ocupação por serviço no Hospital Dr. Baptista Sousa, 2009 – 2013

| Serviço | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|
| Medicina | 66,6 | 70,5 | 72,6 | 84,3 | 90,2 |
| Pediatria | 41,1 | 41,4 | 37,4 | 49,2 | 49,7 |
| Gineco-Obstetrícia | 67,9 | 74,8 | 76,6 | 14,5 | 84,3 |
| Cirurgia | 68,1 | 71,1 | 75,8 | 77,9 | 91,4 |
| Psiquiatria | 85,6 | 73,2 | 70,8 | 46,2 | 62,3 |
| Orto-Traumatologia | 67,9 | 76,4 | 13,4 | 71,6 | 69,9 |
| Fisiologia | 46,4 | 27,6 | 71,7 | 29,3 | 33,9 |
| Unid. de Cuidados Especiais | 53,2 | 84,5 | 78,2 | 56,5 | 83,1 |
| Quartos particulares | 30,7 | 47,2 | 45,2 | 54,5 | 67,8 |
| Total | 63,5 | 67,0 | 65,9 | 73,4 | 77,8 |

Fonte: Relatório do Hospital Dr. Baptista Sousa

Tabela 67: Taxa de Ocupação por serviço no Hospital Dr. Agostinho Neto, 2010 e 2013

| Serviço | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|-------|------|------|------|
| Medicina | 103,2 | 74 | 80 | 90 |
| Pediatria | 63,8 | 74 | 61 | 61 |
| Neonatologia | 93,4 | 93 | 100 | 100 |
| Ginecologia | 145,7 | 46 | 80 | 119 |
| Obstetrícia | 66,8 | 81 | 100 | 96 |
| Cirurgia Geral | 75,4 | 75 | 95 | 71 |
| Orto-Traumatologia | 88,4 | 85 | 80 | 45 |
| Oftalmologia | 15,1 | ... | ... | ... |
| Psiquiatria | 101,5 | 101 | 103 | 102 |
| Total | 96,3 | 91 | 85 | 86 |

Fonte: Relatório do Hospital Dr. Agostinho Neto



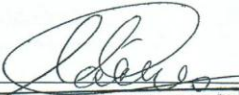

*Os dados de 2012 foram corrigidos

IV - REDE DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Tabela 63: Distribuição das camas por serviço nos Hospitais Centrais, 2013

| Serviços | HAN | HBS | Total |
|---|------------|------------|------------|
| | N.º Camas | N.º Camas | N.º Camas |
| Medicina | 28 | 38 | 66 |
| Pediatria | 60 | 28 | 88 |
| Ginecologia | 23 | 36 | 91 |
| Obstetrícia | 32 | | |
| Neonatologia | 20 | 3 | 23 |
| Cirurgia Geral | 60 | 40 | 100 |
| Orto -Traumatologia | 58 | 22 | 80 |
| Psiquiatria | 40 | 08 | 48 |
| Tisiologia | | 13 | 13 |
| U.C.E. | 4 | 3 | 7 |
| Quartos particulares | | 10 | 10 |
| Total | 325 | 201 | 526 |
| Fonte:Relatórios de Hospital Dr. Agostinho Neto e Hospital Dr. Baptista Sousa | | | |

ANEXO II: Termo de Identificação Universidade do Mindelo

| | | |
|--|--|---|
|  | UNIVERSIDADE DO MINDELO <i>Sapientia Ars Vivendi</i> |  |
| 12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO | | |
| Exma. Senhora Directora Hospital Baptista De Sousa Dra. Sandra Vasconcelos | | |
| Mindelo, 04 de Novembro de 2014 | | |
| <u>Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso</u> | | |
| <p>A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).</p> <p>Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.</p> <p>Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.</p> <p>Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,</p> <p>Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.</p> | | |
| <div style="text-align: center;"> A Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem </div> | | |
| <div style="text-align: right;">Enf.ª Acelia Mireya Caceres Universidade do Mindelo Departamento Escola de Saúde Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv</div> | | |
| <hr/> <div style="text-align: center;"><small>Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE http://www.uni-mindelo.edu.cv – e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132 NIF: 562770755</small></div> <div style="text-align: right;"><small>mod 00X.14</small></div> | | |

[illegible]

| Necessidades básicas | | Observações / Hábitos |
|--|--|-----------------------|
| Respiração Normal <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Secreções <input type="checkbox"/> Aporte de O ₂ <input type="checkbox"/> | | |
| Alimentação Sem Restrições <input type="checkbox"/> Dieta _____ Cuidados Especiais _____ Prótese dentária _____ | | |
| Eliminação Sem alterações <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> | | |
| Mobilidade Autônomo <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Meio auxiliar _____ | | |
| Sono e Repouso Padrão Normal <input type="checkbox"/> Insônias <input type="checkbox"/> Dependente de medicamentos <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |
| Higiene e Vestuário Autônomo <input type="checkbox"/> Banho na cama <input type="checkbox"/> Integridade cutânea <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| Comunicação Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Consciência <input type="checkbox"/> Expressão oral <input type="checkbox"/> | | |
| Mantida Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |

Turno das ____ às ____ hrs
Data: ____/____/20____

Enfermeiro(a) _____